FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

N° 642

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Henri GLASER

Né le 3 octobre 1934 à Paris (10e)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ESSAI SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SEPTICEMIES ANTIBIO-RESISTANTES D'ORIGINE GENITALE.

Président : M. LEPAGE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Henri GLASER

Né le 3 octobre 1934 à Paris (10e)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ESSAI SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SEPTICEMIES ANTIBIO-RESISTANTES D'ORIGINE GENITALE.

Président : M. LEPAGE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE,

Professeur de Physiologie et Pathologie Obstétricales
à la Faculté de Médecine de Paris,

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546604_0091

A Monsieur le Docteur Emile HERVET

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Qui m'a fait l'honneur de me donner
le sujet de ce travail.

En hommage de respectueuse reconnaissance
pour les riches heures de mon Internat
à l'Hôpital Tenon.

A Monsieur le Professeur VIC-DUPONT

En témoignage de profonde admiration
et de gratitude pour les observations
dont il a bien voulu se déssaisir en
ma faveur et les précieux conseils
qu'il m'a prodigués tout au long de
ce travail.

A ceux qui m'ont guidé au cours de mon Internat ;

Monsieur le Professeur Agrégé P. MORIN,

pour la bonté et la bienveillance qu'il m'a toujours prodiguées

Monsieur le Professeur Agrégé M. ROBEY,

qui me fit faire mes premiers pas d'accoucheur.

Monsieur le Docteur Cl. ROUVILLOIS, Chirurgien de l'Hôpital Franco-Musulman

Monsieur le Professeur Agrégé J. BARCAT, Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MIALLARET, Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé F. FLABEAU, Chirurgien des Hôpitaux

Ainsi qu'à :

Monsieur le Docteur J. BARRAT, Ancien Chef de Clinique à la Faculté

pour la constante clarté de son enseignement et la part prise dans l'élaboration de cette thèse.

Monsieur le Docteur A. LETESSIER, Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

qui me montra ce que devait la chirurgie gynécologique.

Monsieur le Docteur L. BOUCCARA, Ancien Chef de Clinique à la Faculté, pour les heures agréables passées à Lariboisière.

Monsieur le Docteur A. PROCHIANTZ, Chirurgien-Assistant des Hôpitaux, avec ma gratitude pour son remarquable enseignement.

Monsieur le Docteur J. LEVI, Ancien Chef de Clinique à la Faculté,

en souvenir de nos gardes.

A mes Parents,

en témoignage de gratitude et d'amour.

A ma Femme,

A ma Famille.

INTRODUCTION

Les septicémies d'origine génitale furent longtemps à l'ordre du jour des revues et publications gynécologiques du fait de leur fréquence et des difficiles problèmes thérapeutiques qu'elles soulevaient. A ces problèmes, seuls pendant les décennies un traitement symptomatique des plus pauvres et quelques essais chirurgicaux tentèrent d'apporter un remède. La solution qu'on croyait définitive n'apparut en fait qu'avec les antibiotiques, il y a plus de vingt ans, armes thérapeutiques nouvelles permettant d'obtenir des succès si brillants que le sort des septicémies génitales parut réglé à jamais; leur fréquence décrut, leur pronostic d'ensemble s'améliora de façon considérable à tel point que l'on put croire qu'elles quittaient le domaine de la pratique quotidienne pour rejoindre celui de l'histoire.

En réalité, la large et souvent maladroite utilisation des antibiotiques allait faire naître, dans des souches bactériennes jusque là sensibles à cette thérapeutique, une résistance à laquelle s'ajouterait bientôt une véritable sélection de germes pathogènes.

Il était donc naturel de voir les maladies infectieuses subir un renouveau dans tous les domaines de la pathologie et notamment dans celui de la gynécologie et de l'obstétrique.

Le problème du traitement des septicémies d'origine abortive et puerpérale allait donc se poser avec acuité, encore que leur fréquence soit bien moindre que jadis; aussi nous a-t-il semblé logique, devant certaines carences de l'antibiothérapie de nous tourner vers la chirurgie qui longtemps fut la seule arme thérapeutique. Cet acte chirurgical soutenu par les progrès de la réanimation, associé aux antibiotiques, pourrait apporter peut être une aide précieuse dans certaines septicémies rebelles au traitement médical et engageant le pronostic vital.

Le but de ce travail est de préciser la place éventuelle de la chirurgie dans le traitement de certaines septicémies génitales rebelles au seul traitement médical.

H I S T O R I Q U E

Il peut sembler anachronique, vingt ans après l'apparition des premiers antibiotiques, de revenir sur le problème des septicémies d'origine génitale tant ce chapitre de la pathologie infectieuse semble délimité dans ses aspects étiologique, pathogénique et thérapeutique.

D'abord sujet de disputes académiques, la fièvre puerpérale, après avoir retenu l'attention d'HIPPOCRATE, de GALIEN, d'AVICENNE et d'AMBROISE PARE, allait opposer les tenants de LIEUTAUD et de la théorie de la suppression des lochies à ceux de PUZOS et des déviations laiteuses en même temps que s'affrontaient, à partir de quelques autopsies de MORGAGNI, les partisans de la localisation génitale des troubles à ceux qui voyaient dans la fièvre des accouchées une affection générale de même nature que le choléra ou le typhus.

Il faudra attendre la fin du XVIIIème siècle et surtout le début du XIXème pour voir des auteurs isolés approcher de la réalité des faits; après WHITE en 1773, ce sera le mérite de HOLMES en 1843, de SIMPSON en 1872, d'IGNACE SEMMELWEISS surtout en 1861, qui établirent la notion de l'origine exogène prédominante de l'infection puerpérale qui fauchaient alors des salles entières d'accouchées.

Comparant en 1843 le taux de mortalité dans les salles attribuées aux sages-femmes à celui des salles attribuées aux étudiants, SEMMELWEISS constate que ce dernier est trois fois plus élevé; il met en cause le "poison cadavérique" transporté dans les salles de travail à partir des amphithéatres d'autopsie.

La première étape dans la compréhension de la fièvre puerpérale se trouvait f franchie : "la fièvre puerpérale est produite par l'infection de la plaie utérine Cette infection vient du dehors".

Dès lors, il fut possible de rapporter la fièvre des accouchées à l'emploi d'instruments ou de linges souillés, à une contamination par les mains, voire le naso-pharynx de l'accoucheur, aux vêtements ou à la literie, aux poussières et à l'air de la salle de travail, voire à une infection cutanée de la parturiente.

Mais l'existence de septicémie secondaire à un avortement spontané, d'infection sévère en dehors de toute manoeuvre obstétricale, puis la découverte d'une riche flore microbienne allaient conduire DOLERIS et JEANNIN à affirmer la réalité d'une infection endogène trouvant sa source dans les germes de la cavité vaginale.

Hormis quelques observations fort rares, l'oeuf en effet est stérile : prélevant de façon aseptique du liquide amniotique au cours de césariennes, RISACHER n'y rencontre aucun germe. D'autre part vulve et vagin sont le siège d'une flore microbienne qui cependant ne franchit pas le col ni pendant la grossesse ni en dehors d'elle.

Après l'expulsion de l'oeuf le col est béant et des débris fibrineux relient le vagin à la cavité utérine favorisant l'ascension microbienne.

Cependant cette auto-infection ne reconnait pas qu'une étiologie vaginale et d'autres sphères, sièges d'infection, même si elles se trouvent situées à distance peuvent être responsables comme en témoignent les classiques observations de septicémie puerpérales au cours d'une pneumonie, d'une grippe, d'un érysypèle.

Parallèlement à ces études, la bactériologie naissante allait compléter les connaissances sur la fièvre puerpérale.

MAYERHOFER en I863 fut le premier à montrer la présence de micro-organismes dans les lochies de parturientes fébriles. COZE et FELTZ trouvent à Strasbourg en I869 dans le sang de femmes fébriles "de nombreux points isolés ou disposés en chaînettes". RECKLINGHAUSEN, WALDEYER et ORTH, en I872, découvrent des éléments disposés en chainettes dans l'utérus de femmes mortes de fièvre puerpérale. Mais c'est à PASTEUR que revint l'honneur d'administrer la preuve d'une relation directe entre ces germes et la fièvre puerpérale elle-même. Le I8 Mars I879, à l'Académie de Médecine, il établit l'extrait de naissance du streptocoque qu'il retrouve

dans les lochies, le sang, l'utérus et les trompes d'une femme morte de la fièvre des accouchées, sous forme de "grains sphériques associés par deux, par quatre ou formant (des) chapelets".

Dès lors, les travaux se multiplient et si la spécificité bactériologique de l'infection puerpérale fut un moment soutenue, rapidement on put la nier, DODERLEIN, KRONIG, JEANNIN parmi tant d'autres montrant que la plupart des germes pouvaient être à l'origine de l'infection utérine.

Ces deux premières étapes étiologiques et bactériologiques franchies, il fut possible d'avoir une vue d'ensemble de la septicémie des accouchées et des avortées.

Dans les conditions physiologiques, plus ou moins rapidement après l'expulsion de l'oeuf, l'utérus se trouve envahi par des germes venus de l'extérieur ou de la filière génitale mais qui vont se heurter à une défense utérine efficace d'apparition rapide.

Cette défense sera surtout locale, constituée d'une barrière leucocytaire et d'une thrombose des sinus veineux au niveau de l'aire d'insertion placentaire. Ce processus de défense, purement mécanique, semble renforcé par les propriétés bactéricides des tissus de néoformation. Il s'y associerait pour certains un processus de défense comme le montre le taux élevé d'agglutination du sérum de femme enceinte vis à vis de ses propres streptocoques; BROUHA évoque même une véritable vaccination locale qui se ferait par des germes venant au contact de la muqueuse desquamée lors de chaque période menstruelle. Quoiqu'il en soit, dans les circonstances habituelles, divers facteurs entrent en jeu, dont le plus important est la réaction tissulaire locale à l'infection puerpérale.

Il en va tout autrement dans certaines circonstances pathologiques qui altèrent la défense locale utérine: les examens répétés au cours d'accouchement dystocique, les applications de forceps, les délivrances artificielles et les révisions utérines, les déchirures du col et des parties molles. Particulièrement dangereuses sont les manoeuvres abortives septiques qui vont détruire la barrière de protection au niveau de la plaie placentaire et favoriser l'ascension massive d'une flore microbienne qui trouvera dans les débris de membrane voire de placenta, dans les caillots et les fragments tissulaires en voie de sphacèle un excellent milieu

de culture. A partir de ce foyer initial, la diffusion du processus infectieux est possible; elle aura d'autant plus de chance de survenir que l'organisme aura vu fléchir, avec ses défenses locales, ses moyens de défense générale notamment du fait d'hémorragies abondantes.

En effet le foyer utérin peut être, dans une dernière étape, à l'origine d'une diffusion microbienne par le courant circulatoire. Tantôt il ne s'agira que d'une simple bactériémie et l'évacuation ou la stérilisation du foyer infectieux, en supprimant toute communication entre lui et les vaisseaux, fait disparaître le germe du courant sanguin, tantôt au contraire il s'agit d'une septicémie authentique qui ne disparaitra guère avec l'évacuation du contenu utérin et qui suppose donc l'existence d'un foyer voisin, devant affecter des rapports étroits avec le courant circulatoire; ce foyer est veineux : il s'agit d'une phlébite.

Le rôle et l'importance de celle-ci a longtemps échappé à la plupart des auteurs alors que de nombreux compte-rendus d'autopsie la signalent : "il y a dans les veines du ligament large des thrombi purulents décomposés" (KRONIG en I895) "phlébite de la veine utéro-ovarienne droite, de la veine cave inférieure, des veines iliaques et fémorales" (HOFF et LEVY en I890); "les veines utérines et la veine hypogastrique sont remplies d'un caillot noir, rougeâtre, adhérent. Ce caillot se prolonge dans la veine sacrée droite mais ici il est plus friable, gris jaune sale, en voie de dissolution purulente. En général les veines obturées sont entourées d'un tissu infiltré d'un liquide trouble" (BABES en I889). En I9I0, SCHOTTMULLER démontre que la septicémie dûe au streptocoque anaérobie relève d'une thrombo-phlébite suppurée et crée le terme de "sepsis putrida thrombo-phlébitica". Les observations dès lors se multiplièrent confirmant cette notion d'atteinte veineuse préalable dans les septicémies et septicopyohémies d'origine génitale (HERVIEUX, BRINGOLD, DANCE, LEQUEUX et CHOME, MONDOR).

L'étendue de cette phlébite est variable : elle peut toucher isolément ou simultanément une ou deux veines utérines, les sinus veineux latéro-utérins d'un ou des deux côtés, quant à la phlébite des gros troncs veineux elle est des plus fréquente. Cette dernière évolue souvent isolément, indépendamment de toute atteinte veineuse utérine. LEQUEUX et CHOME sur 52 autopsies de septicémies puerpérales trouvent 27 thrombo-phlébites pelviennes suppurées dont 21 n'intéressaient

que les gros troncs veineux et 6 seulement les sinus veineux utérins. Ces mêmes auteurs constatent que le plus souvent ce sont les veines du méso-salpinx et les veines utéro-ovariennes qui sont atteintes : I8 fois sur 27; plus rarement les branches inférieures de l'hypogastrique : 7 fois. La bilatéralité est fréquente et les veines du myomètre ne sont pas indemnes.

C'est à GRISLAIN et à REILLY qu'il échût en I935 d'établir le lien unissant le foyer endo-utérin initial à la phlébite responsable de la septicémie.

On crût longtemps que les thrombi siégeant au niveau de la plaie placentaire gagnaient les veines utérines et de là les veines du bassin mais on conçoit difficilement qu'une thrombose physiologique atteigne une telle extension. Il apparût plutôt que la thrombose ne pouvait progresser que par une altération préalable de l'endoveine par des germes y accédant. Cette accession microbienne à la paroi veineuse peut se réaliser :

- soit par voie veineuse avec endothéliite extensive gagnant de proche en proche des troncs veineux de plus en plus gros, mais cette hypothèse n'explique pas les nombreux cas où la phlébite frappe deux segments veineux éloignés en laissant intacts de larges ponts intermédiaires.

- soit par voie lymphatique dans les espaces péri-veineux avec atteinte secondaire de la veine elle-même (SOMNER, WIDAL, VAQUEZ).

- Soit enfin par atteinte des vasa-vasorum.

Seules ces deux dernières permettent de comprendre la totalité des faits et d'expliquer la nécessité d'une altération préalable de la paroi veineuse favorisant la thrombose et la localisation microbienne.

En effet l'injection microbienne intra-veineuse ne permet jamais d'obtenir de thrombo-phlébite; par contre à la suite de LOWEN, de KRÖNIG, GRISLAIN montre expérimentalement que l'application de toxines provenant de germes déposés sur et non dans la veine provoque une lésion de l'intima génératrice de thrombose. Ce processus est favorisé par l'irritation des fibres nerveuses se rendant à l'adventrice et inhibé par l'énervation préalable. Une injection de quelques unités microbiennes inoffensives sur l'animal sain, entraîne dès lors la suppuration du thrombus préalablement constitué.

"La lésions primitive serait une lésion toxinique qui détermine l'endothéliite laquelle produit la thrombose. La microbes se multiplient secondairement sur le thrombus".

Ainsi la thrombo-phlébite apparait-elle comme la conséquence d'une infection génitale frappant la veine de dehors en dedans.

Une fois la thrombose constituée les germes progressent à travers la paroi veineuse de la périphérie vers la lumière et colonise le thrombus qui subira parallèlement son organisation habituelle à moins qu'il ne se nécrose du fait d'une pullulation microbienne intense.

La proléolyse dissociera le caillot donnant lieu à la survenue d'embolies septiques gagnant par la veine cave inférieure, les cavités cardiaques et les poumons essentiellement, pour y réaliser des foyers infectieux métastatiques.

A l'approfondissement des connaissances dans les domaines étiologiques et pathogéniques ne correspondra qu'un lent progrès thérapeutique.

Les constatations de SEMMELWEISS et ses conseils d'asepsie tombèrent vite dans l'oubli et il faudra encore attendre vingt ans pour voir naître l'antisepsie avec LISTER et les services d'isolement dans les maternités avec TARNIER. Ces mesures eurent une influence certaine sur la mortalité par septicémie mais les observations en restaient encore trop nombreuses.

Aussi peut on concevoir le rôle important que la chirurgie pouvait jouer dans le traitement d'une affection contre laquelle les thérapeutiques médicales pouvaient si peu.

SIPPEL en 1894 proposa la ligature des veines utéro-ovariennes mise en pratique la même année par FREUND. En 1902 TRENDELENBOURG propose la ligature des veines hypogastriques, idée reprise par COUVELAIRE et JEANNIN. En 1924 MAURER puis PROUST prônent la ligature de la veine iliaque primitive. Mais si de bons résultats sont obtenus on reproche à ces interventions d'être illogique car la ligature intéresse des veines au niveau desquelles la thrombose est souvent discontinue et peut être retrouvée en aval; par ailleurs, nous l'avons vu, l'atteinte est souvent autant

péri-veineuse que veineuse et la ligature ne résout pas le problème de la lymphangite péri-veineuse et de son extension; enfin la ligature ignore la thrombose des veines du myomètre ainsi que leur colonisation microbienne. Aussi ROBIN en I936 et BALDWIN en I930 proposent d'associer l'hystérectomie totale à la ligature de la veine cave inférieure; cette technique a par ailleurs l'avantage d'exposer la totalité des lésions dont un bilan complet est possible alors que les ligatures veineuses simples étaient souvent menées par voie extra-péritonéale.

Mais la chirurgie est loin de résoudre le problème et la mortalité reste élevée atteignant 60 % pour KOCH, 70 % pour JEANNIN et CHOME, 25,5 % pour BALDWIN.

Il faudra attendre la découverte du premier sulfamide en I935 et celle du premier antibiotique moins de dix ans plus tard pour qu'enfin soit mis un terme au problème thérapeutique de la septicémie puerpérale et abortive et que celle-ci devienne d'une grande rareté. Qu'il nous suffise de rappeler quelques chiffres : en I841 à la Maternité de Vienne, avant les découvertes de SEMMELWEISS, la mortalité atteignait près de I0 % des accouchées, avec à certaines périodes, un taux de 31 %. Plus près de nous la statistique de l'American Public Health Association donne entre I920 et I924 des chiffres de mortalité par septicémie puerpérale atteignant 2,5 pour mille aux Etats-Unis, I,5 pour mille en Grande-Bretagne, 2,9 pour mille en Allemagne, 3,5 pour mille en Espagne, 2,8 pour mille en Suisse et en France.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la mortalité atteint encore selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé 2 pour mille en Allemagne, 1 pour mille en Grande-Bretagne, en Italie et aux Pays-Bas, 0,9 pour mille en France I,6 pour mille au Japon.

Dix ans plus tard, en I959, l'antibiothérapie sera venue compléter le résultat obtenu avec le seul traitement préventif et les chiffres de mortalité oscillent entre 0,3 et 0,5 pour mille.

Mais plus que l'accouchement, c'est l'avortement qui représente l'étiologie majeure ; là encore l'avènement des antibiotiques viendra tout bouleverser. Après WEILL évaluant à 89 % la mortalité des septicémies à perfringens, après JEANNIN en I928 évaluant à 77 % la mortalité des septicémies post-abortum à streptocoques, DESNOYERS en I954 sur 2400 avortements ne rapporte plus que I4 cas de septicémies dont 3 mortels.

Cependant cette quasi-disparition des septicémies d'origine génitale ne nous semble qu'apparente; après avoir compulsé les dossiers de divers services hospitaliers nous nous sommes rendus compte que le nombre de septicémies s'avère très faible tandis que pour une même période, de 1962 à 1966, celui des septicémies hospitalisées à la Clinique des Maladies Infectieuses de l'Hôpital Claude Bernard s'élève à 27. Cette différence réside dans la complexité des problèmes soulevés par les septicémies : effectivement les malades, échappant aux services de gynécologie, parviennent directement dans les services de réanimation qui, de ce fait, peuvent colliger un grand nombre d'observations.

En outre si ces septicémies connaissent actuellement un regain d'actualité, l'antibiorésistance développée par de nombreuses souches bactériennes en constitue la raison essentielle; cette antibiorésistance est surtout marquée en ce qui concerne :

- le staphylocoque qui s'adapte avec une remarquable "plasticité" à tous les antibiotiques : à la clinique des Maladies Infectieuses de l'Hôpital Claude Bernard on admet qu'au moins 50 % des staphylocoques hospitaliers sont antibiorésistants.

- les germes gram négatifs, par ailleurs responsables de choc toxique, sont également résistants. En dépit des thérapeutiques actuelles la mortalité atteint selon les statistiques de 60 à 80 % des cas (WEIL, SPINK).

- les germes "sélectionnés" enfin qui non seulement sont insensibles aux antibiotiques mais encore développent leur action pathogène sous la protection de ces derniers.

Cette antibiorésistance, au moins pour certains cas, nous ramène ainsi à une période que l'on croyait révolue, à celle qui, avant l'avènement des antibiotiques, faisait appel à la chirurgie.

Nous nous sommes proposé dans cette thèse de discuter la place actuelle de la chirurgie dans le traitement de certaines septicémies d'origine génitale.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION N° 1

BEN... Dolorès, âgée de 32 ans, au passé gynécologique chargé de nombreux avortements provoqués, se livre le I5 Mai I965 à des manoeuvres abortives alors qu'elle est enceinte de deux mois. Le jour même s'allume une fièvre à 39° s'accompagnant de frissons, de métrorragies; cet état persistera jusqu'au I8 mai, date à laquelle la malade est transférée en clinique, soumise à un traitement comportant 2 millions de Pénicilline, 1 gramme de Streptomycine, et subira le lendemain un curetage évacuateur très hémorragique imposant une transfusion massive malgré laquelle la tension artérielle reste basse.

Le 20 mai, certes la malade est apyrétique, mais un ictère est apparu avec azotémie à 0,80 gramme; la tension artérielle est à 8,5/5 malgré une perfusion d'Aramine.

C'est alors que la malade est adressée au Centre de Réanimation de la Clinique des Maladies Infectieuses. L'ictère est généralisé, la tension artérielle toujours aussi basse, le pouls à 92. Il existe une splénomégalie palpable et la palpation de l'abdomen s'avère douloureuse de même que la mobilisation utérine au toucher vaginal mais les culs de sac vaginaux sont souples et dépressibles. La diurèse est basse aux alentours de 30 ml. par heure avec cependant une urée urinaire de 33 grammes par litre. Une perfusion immédiate de plasma va entraîner une reprise de la diurèse et une ascension tensionnelle. Dès lors le bon fonctionnement rénal et la concordance des groupes sanguins ainsi que l'absence d'agglutinines irrégulières permettent d'éliminer les diagnostics d'accident transfusionnel et de septicémie à perfringens initialement évoqués.

La poursuite du traitement antibiotique associant I0 millions de Pénicilline et 2 grammes de Chloromycétine par voie veineuse n'empêche pas la réapparition de la fièvre à 40° avec frissons alors qu'au toucher vaginal le col apparait entrouvert et la mobilisation utérine toujours aussi douloureuse. Une rétention placentaire n'étant pas exclue la malade subit le 24 mai un curetage sous une couverture d'antibiotiques comportant en perfusion 12 grammes de Flabelline et 2 grammes de Chloromycétine, curetage ramenant des débris placentaires.

Malgré ce geste chirurgical la température se maintient à 40°4 avec splénomégalie et apparition le 27 mai d'un foyer de râles crépitants de la base gauche sans traduction radiologique. Les hémocultures faites les jours précédents montrent la présence d'un germe gram négatif anaérobie, poussant difficilement et en attendant les résultats de l'antibiogramme le traitement est encore modifié : perfusion de 100 millions de Pénicilline et de 8 millions de Colimycine.

Localement (Dr BARRAT) l'utérus est relativement indolore et mobilisable; le cul-de-sac de Douglas est libre. Latéralement il existe deux masses latéro-utérines de la taille d'une mandarine allant de l'utérus à la paroi pelvienne, plus volumineuse à droite qu'à gauche, plus près de la paroi à gauche qu'à droite.

Le lendemain 28 mai la température reste toujours élevée avec frissons, altération de l'état général, foyer pulmonaire plus important que la veille en même temps qu'on découvre un souffle systolique.

On décide dès lors d'intervenir sur le foyer pelvien alors qu'on se trouve depuis douze jours devant une septico-pyohémie post-abortum avec détermination pulmonaire; le germe responsable a pu être individualisé : il s'agit de Ristella pseudo-insolita, résistant jusqu'à présent aux antibiotiques; quant à l'état local il permet de penser à une phlébite pelvienne.

Compte-rendu opératoire (Dr BARRAT) :

Médiane sus et sous-ombilicale.

Dans le cul-de-sac de Douglas il existe un liquide séro-purulent relativement abondant; l'utérus est gros, mou mais surtout on note un infarcissement de l'annexe droite dont l'ovaire est de la taille d'un avocat. Le pédicule lombo-ovarien droit est infarci et très épais (deux travers de doigt) et cet infarcissement remonte jusqu'à la région lombaire.

L'annexe gauche parait relativement saine.

Ligature première de la veine cave inférieure à deux centimètres au-dessus de la réunion des veines iliaques. Son isolement est rendu difficile par l'infiltration péri-veineuse et la présence de ganglions lymphatiques augmentés de volume. Ligature par 2 fils de nylon n° 3.

On tente de faire une salpingectomie droite mais les pinces attaquent un tissu très friable au niveau de la corne utérine avec hémorragie et mise en évidence de nombreux thrombi dans la paroi utérine.

On est donc amené à faire une hystérectomie totale. La section des pédicules montrent en leur sein de nombreux thrombi.

Ces pédicules très épaissis obligent à faire plusieurs ligatures. Difficulté d'hémostase de la tranche vaginale liée à un état congestif d'origine infectieuse.

La péritonisation idéale est impossible aussi fait-on à droite une péritonisation colo-vésicale alors qu'à gauche on rabat sur la zone cruentée le caecum qui est long.

Paroi plan sur plan; chloramphénicol dans la cavité péritonéale.

Examen anatomo-pathologique macroscopique (Dr SZEKELY). Pièce d'hystérectomie haute de 15 cm à parcis flasques, contenant de nombreux débris nécrotiques et hémorragiques implantés dans un myomètre très infarci en surface. Au niveau de la jonction cervico-corporéale cet infarcissement occupe toute l'épaisseur de la paroi mais sans tendance à la perforation. A tous les niveaux s'observent des cavités vasculaires distendues par des thromboses cruoriques. Le col est normal. Les annexes présentent par contre un état d'apoplexie marqué, intéressant à droite tous les éléments y compris l'ovaire dont le volume est triplé et la surface perforée. A gauche l'ovaire est lilas, de volume normal. Tous les vaisseaux du ligament large sont distendus par des thromboses dont certaines sont suppurées à la limite de la perforation. A droite la thrombose est également totale mais non suppurée.

Anatomie pathologique microscopique :

Dans la région cervico-isthmique il n'existe que quelques érosions très superficielles de la muqueuse avec discrète infiltration leucocytaire; les vaisseaux sont tous perméables.

Plus haut il n'y a plus par contre d'éléments grandulaires reconnaissables. La quasi-totalité des vaisseaux veineux et capillaires est obstruée par des thromboses

qui sont tantôt fibrino-cruoriques, tantôt largement infiltrées de polynucléaires qui dépassent leurs parois et se répandent dans l'intersection des fibres musculaires, tantôt même obstruées par un amas purulent détruisant en grande partie les parois vasculaires.

Au-delà du myomètre la plupart des vaisseaux sont perméables. A mesure qu'on se rapproche du fond utérin on observe de plus nombreuses thromboses présentant quelques signes d'organisation et d'endothélialisation. En surface s'observent de petits vaisseaux thrombosés mais dans aucun on n'observe de germes histologiquement décelables.

L'ovaire droit est totalement infiltré par une nappe fibrineuse ou fibrino-cruorique effaçant totalement sa structure. Sa surface porte plusieurs zones de rupture au niveau de petits abcès. En dehors d'eux, il existe de nombreux polynucléaires infiltrant de façon diffuse l'ovaire mais sans constituer d'abcès profonds. Les vaisseaux hilaires contiennent tous des thromboses : fibrino-cruoriques distendant les veines principales, ayant subi une organisation dans les petites veines avec reperméabilisation quasi-totale ou moins évoluée. L'artère principale contient une queue de thrombus flottant dans sa lumière.

Le ligament latéral du même côté est fortement tuméfié par une réaction inflammatoire aigue intense; simplement oedèmateuse au niveau de la trompe elle est très intense à hauteur des vaisseaux principaux qui sont obstrués par des thromboses les distendant considèrablement avec même perte de substance par suppuration au niveau des veines.

L'ovaire gauche ne présente pas de remaniement circulatoire notable. Les veines du ligament large sont thrombosées avec réaction suppurative au centre du thrombus, avec infiltration oedémateuse et leucocytaire des parois et de l'adventice mais plus discrète que du côté droit.

En conclusion, il s'agit d'une thrombo-phlébite suppurée utéro-annexielle avec infarcissement droit partiellement abcédé et rompu.

Les jours qui suivent l'intervention n'apportent pas l'amélioration escomptée. Le 31 Mai, trois jours après l'intervention, de nouveaux frissons surviennent

en même temps que la température s'élève à 40°. C'est alors que parvient un antibiogramme de réalisation difficile qui confirme la résistance du germe à tous les antibiotiques utilisés; le traitement est à nouveau modifié et au chloramphénicol on adjoint 2 grammes de Tétracycline et 2 grammes d'Erythromycine. Il faudra cependant attendre quatre jours pour que cessent les frissons, que la température décroche et une semaine pour la voir descendre au-dessous de 38°.

Mais si dès lors l'état général se restaure, si la fièvre décroit à tel point qu'il sera possible d'arrêter l'antibiothérapie, le I7 juin par contre une phlébite du membre inférieur droit va encore marquer l'évolution nécessitant le recours à l'Héparine et au Tromexane jusqu'au I3 juillet, date à laquelle la malade quitte le service en excellente santé, sans séquelle de sa ligature veineuse. Revue deux mois plus tard, elle ne présente aucun oedème des membres inférieurs.

En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 32 ans ayant présenté une septicémie post-abortum à Ristella pseudo-insolita, provoquée et entretenue par une thrombo-phlébite suppurée pelvienne. Après douze jours d'une antibiothérapie importante mais non adaptée en l'absence d'antibiogramme, une hystérectomie totale avec annexectomie et ligature de la veine cave inférieure est pratiquée. Cette intervention chirurgicale n'amène pas de changement à l'évolution et la guérison ne sera obtenue après une semaine post-opératoire critique, que grâce à une antibiothérapie enfin efficace rendue possible par l'obtention d'un antibiogramme dont la réalisation s'est avérée difficile.

OBSERVATION N° 2

Madame BOUA... Lucienne, âgée de 35 ans, est admise le I5 Juin I965 à l'hôpital Claude Bernard pour une septicémie du post-partum.

Cette 5ème pare a accouché en clinique le 4 juin de jumelles, la seconde extraite par forceps. L'apparition d'une hémorragie de la délivrance a donné lieu à une délivrance artificielle.

Le I7 Juin, trois jours après l'accouchement, apparaissent brutalement des frissons en même temps qu'une fièvre s'installe d'emblée à 40°.

Cette fièvre persistera aussi élevée, sans altération de l'état général, et ce malgré une antibiothérapie dont on ne pourra préciser ni la nature ni la posologie, alors que des colibacilles sont retrouvés à l'hémoculture.

C'est alors que la malade est adressée à l'hôpital Claude Bernard (Service du Professeur MOLLARET). Il n'existe à l'entrée aucune localisation viscérale cardio-vasculaire ou pulmonaire mais une splénomégalie importante; l'utérus est légèrement sensible, sans cordon latéro-utérin, il n'y a pas de masses annexielles et les lochies sont banales.

Une antibiothérapie est immédiatement mise en route après que quatre hémocultures aient été faites, hémocultures qui révèleront par la suite l'existence non d'un colibacille mais d'un anaérobie strict, gram négatif, identifié comme étant Ristella pseudo-insolita.

Successivement mais en vain, on a recours à l'Ampicilline, la Streptomycine, le totapen puis l'Hexacycline et l'Erythromycine alors que l'état général se dégrade que la fièvre persiste hectique, que l'hyperleucocytose s'élève et l'on hésite entre la poursuite d'une antibiothérapie adaptée aux données de l'étude du pouvoir bactéricide mais en pratique inefficace et la suppression chirurgicale du foyer utérin responsable d'autant que l'examen gynécologique précise qu'à côté d'un utérus sensible à la mobilisation, il existe une nette infiltration des paramètres surtout marquée à droite.

Le 25 juin, dix-huit jours après le début clinique des troubles et après dix jours d'une antibiothérapie adaptée, la maladade est transférée à la Maternité de l'hôpital Tenon (Professeur Agrégé Emile HERVET) pour y être opérée.

Compte rendu opératoire (Dr BARRAT) :

Médiane sous et latéro-ombilicale.

L'utérus est rose et augmenté de volume bien que trois semaines se soient écoulées depuis l'accouchement.

Les annexes sont saines.

Il existe à droite une infiltration du pédicule lombo-ovarien qui est augmenté de volume et étalé, large de deux bons travers de doigts. Cette induration remonte jusque dans la région lombaire.

Du côté gauche, le pédicule lombo-ovarien en revanche est souple.

On pratique une hystérectomie totale avec annexectomie en incisant le péritoine à partir du ligament rond et en remontant vers le pédicule lombo-ovarien droit le plus haut possible, en raison de l'infiltration, ce qui permet de le lier au niveau de la quatrième lombaire après avoir récliné l'uretère qui adhère à la gangue inflammatoire.

Lors de sa section une grosse veine se révèle thrombosée avec une goutte de pus à ce niveau. Le reste de l'hystérectomie totale ne présente aucune particularité.

Dans le but de prévenir les conséquences d'une phlébite pelvienne, on fait une ligature de la veine cave supérieure à hauteur de la partie supérieure de la quatrième lombaire; le tissu péri-veineux apparaît lui aussi très inflammatoire. Péritonisation. Tifomycine in situ. Paroi plan par plan.

Examen anatomo-pathologiqie macroscopique. (Dr SZEKELY)

L'utérus à I2 cm de haut sur 8 de large; sa cavité contient des débris oedémateux et hémorragique et on note de nombreuses thromboses vasculaires dans le premier tiers du myomètre.

A droite, le ligament large est tuméfié, lilas, oedémateux; tous les vaisseaux sont distendus par des caillots récents, cruoriques et totalement obstructifs ou bien ramollis, pâles, jaunâtres et élastiques en leur centre; l'ovaire est normal. A gauche, les vaisseaux sont de calibre normal, obstrué par du sang paraissant coagulé par l'alcool dans lequel la pièce a été plongé ; l'ovaire est normal.

Les trompes sont normales.

Examen anatomo-pathologique microscopique

Au niveau du col la muqueuse est normale, le tissu sous-jacent présentant de nombreux petits vaisseaux légèrement congestifs et une discrète dissociation par imbibition oedémateuse.

Au niveau du corps s'observe la même imbibition diffuse du myomètre. Dans sa moitié externe tous les vaisseaux observés sont perméables. La caduque profonde est peu modifiée et ce qui reste de la caduque superficielle est presque entièrement hyalinisée.En deux zones cependant cette caduque présente des ilôts de turgescence vasculaire extrême avec des vaisseaux contenant des thromboses fibrino-cruoriques partielles ou totales. Le myomètre superficiel au contact de ces zones contient quelques vaisseaux obstrués par des thromboses totalement organisées auxquelles se superposent de petites thromboses plus récentes fibrino-cruoriques. Il n'y a pas de signes évolutifs inflammatoires au niveau de la caduque ou du myomètre ni de germes visibles sur les préparations histologiques.

Les annexes présentent des lésions tout à fait comparables des deux côtés mais beaucoup plus intenses à droite. Les ovaires sont normaux et les vaisseaux hilaires perméables. Les vaisseaux du ligament large sont tous obstrués du côté droit, un seul du côté gauche par des thromboses partiellement ou totalement organisées, bien endothélialisées avec persistance d'un canal vasculaire latéral ou de nombreuses lacunes vasculaires à l'intérieur du thrombus. Autour des veines existe un oedème considérable du ligament large droit, discret ou absent à gauche.

En conclusion, les remaniements utérins sont ceux du post-partum normal. Par contre il existe une thrombo-phlébite bilatérale des ligaments larges remontant à plusieurs jours puisqu'il y a des signes manifestes et importants d'organisation. Il n'existe pas de foyers septiques ou inflammatoires décelables.

Après trois jours d'apyrexie, les suites opératoires vont être marquées par la réapparition de la fièvre avec crochets à 38°5 - 39°; la malade revient à Claude Bernard le 28 Juin. Elle est alors asthénique, pâle et fébrile et est soumise à un traitement comportant Transcycline et Erythromycine par voie veineuse.

Le 30 juin apparaît un point du côté latéro-thoracique droit suivi le lendemain d'un petit crachat hémoptoïque avec gêne respiratoire, anxiété; à l'auscultation pulmonaire existe un foyer de râles sous-crépitants et un flou de la base droite à la radiographie. L'électrocardiogramme est par ailleurs normal.

Ce même jour la persistance de la fièvre fait adjoindre aux antibiotiques 15 mg de Cortancyl.

Le 4 juillet nouvel épisode douloureux thoracique avec crachats hémoptoïques. Il existe un foyer de crépitants à droite ainsi que des frottements pleuraux. La malade recevra dès lors de l'héparine à raison de 300 puis de 475 mg.

Le lendemain, 5 juillet, la fièvre persiste toujours élevée à plus de 39°: on décide dès lors d'interrompre l'érythromycine et d'adjoindre à la Transcycline aux corticoïdes, à l'héparine, 50 millions de Bénicilline, 2 grammes de Pyostacine Ce traitement sera poursuivi les jours suivants alors qu'une hémoculture faite la veille, près de dix jours après l'intervention, s'avère positive en révélant la présence d'un colibacille.

Le 7 juillet, les signes généraux persistent inchangés et il existe un épanchement de la base droite. Une hémoculture faite ce jour reviendra positive cette fois-ci retrouvant du Ristella dont la présence imposera le retour à la Pyostacine qui avait été interrompue.

Pendant un mois encore, la fièvre persistera toujours élevée entre 39° et 40° avec quelques défervescences passagères mais les hémocultures resteront dès lors négatives; l'héparine sera poursuivie ainsi que l'antibiothérapie ce qui n'empêchera pas de nouveaux foyers emboliques d'apparaître, foyers abcédés avec niveaux liquides.

A la suite d'une bronchoscopie, une vomique initiale de près de 400 ml, puis une expectoration purulente abondante dans les jours suivants avec disparition

de l'hyperleucocytose, apyrexie progressive et régression des images pulmonaires marqueront l'évolution jusqu'au I5 septembre, alors que l'examen bactériologique du pus expectoré révélera la présence de colibacilles et de Ristella en fonction desquels l'antibiothérapie sera à nouveau adaptée (Ampicilline, Streptomycine).

En résumé, il s'agit d'une septicémie double à colibacille et à Ristella du post-partum, septicémie entretenue par une phlébite pelvienne suppurée; après dix jours d'une antibiothérapie théoriquement adaptée mais inefficace, une hystérectomie totale avec annexectomie et ligature de la veine cave inférieure fut entreprise. Malheureusement un segment thrombosé et suppuré du pédicule lombo-ovarien droit doit être abandonné au-dessus de la ligature. Cet "échec technique" de l'acte chirurgical sera probablement à l'origine d'une rechute sévère et d'embolies pulmonaires septiques malgré le traitement antibiotique bien conduit et le recours aux anticoagulants; la guérison ne sera obtenue qu'après évacuation des abcès et une antibiothérapie prolongée pendant près de dix semaines.

OBSERVATION N° 3

FOU... Claudette, âgée de 25 ans, entre le 24 août I965 à la clinique des Maladies Infectieuses pour une septicémie post-abortum.

Après plusieurs manoeuvres anortives sur une grossesse de 2 mois, l'apparition de métrorragies conduit à un curetage effectué en clinique le I8 août.

Le jour même s'installe une fièvre à 40° s'accompagnant de frissons intenses ce qui fait immédiatement instaurer une antibiothérapie comportant 4 millions de Pénicilline et 1 gramme de Streptomycine. Cet état se maintient les jours suivants et s'accompagne d'une oligurie avec azotémie à 0,45 gramme et d'une anémie à 3 300 000.

A l'entrée, la fièvre est à 40° avec subictère. L'examen révèle en outre une masse abdominale sensible plongeant dans le petit bassin mais sans défense ni contracture.

Au toucher vaginal l'utérus est bloqué et les culs-de-sac sont comblés.

Le lendemain 25, la fièvre persiste, elle va de pair avec un état de déshydratation, un état de choc avec tension à 9, pouls à I60 et un état confusionnel avec bouffées hallucinatoires.

Après mise en route de plusieurs hémocultures, la malade recevra 5 millions de Colimycine et 4 grammes de Flabelline.

L'examen gynécologique (Dr BARRAT) montre que l'utérus est bloqué; le col entrouvert laisse passer des débris placentaires.

On décide de poursuivre encore quelques heures l'antibiothérapie en y adjoignant 275 milligrammes d'hémisuccinate d'hydrocortisone. Le curetage est repoussé en raison de l'importance des signes locaux avec blocage du petit bassin.

Mais le 26 l'état général subit une dégradation considérable; certes si la température est à 37°1, si la diurèse est conservée et la tension artérielle à 10/5,

par contre s'est installé un état confusionnel avec des troubles respiratoires : cyanose, tirage et polypnée. Par ailleurs la masse abdominale a subi une nette augmentation de volume. On décide d'intervenir sans plus tarder alors que les hémocultures faites à l'entrée révèlent la présence d'un staphylocoque.

Compte-rendu opératoire (Dr BARRAT) :

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est augmenté de volume. Très peu mobilisable.
Les annexes sont infarcies avec extension aux pédicules lombo-ovariens.

Il existe une sérosité relativement abondante.

On décide de faire une hystérectomie avec annexectomie bilatérale qui s'avèrera être très difficile car les pédicules infiltrés sont gros et très friables.

A gauche l'annexe est très adhérente à la paroi de sorte qu'on est obligé de la sectionner ainsi que le ligament rond au ras de l'utérus, de se contenter d'une hysterectomie sub-totale car un tissu lardacé remplace le plan de clivage inter-vésico-utérin enfin de terminer par une annexectomie gauche rétrograde et une totalisation secondaire de l'hystérectomie. Le surjet sur le vagin est impossible en raison de la friabilité des tissus; le péritoine est très épais, il est également impossible de péritoniser.

Fermeture de la paroi plan par plan.

2 millions de pénicilline et 2 ampoules de tifomycine dans la cavité péritonéale.

Examen anatomo-pathologique macroscopique (Dr SZEKELY) :

L'utérus, très volumineux, présente de petites formations à la limite de l'abcès dans la sous-séreuse. Il contient d'assez nombreux débris de muqueuse ou de caillots. De même le col est mou et présente de petites zones de ramollissement probablement suppuratif.

A droite, l'annexe est infarci avec un ovaire un peu volumineux présentant un état congestif important et un corps jaune. A la coupe du ligament large, la

par contre s'est installé un état confusionnel avec des troubles respiratoires : cyanose, tirage et polypnée. Par ailleurs la masse abdominale a subi une nette augmentation de volume. On décide d'intervenir sans plus tarder alors que les hémocultures faites à l'entrée révèlent la présence d'un staphylocoque.

Compte-rendu opératoire (Dr BARRAT) :

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est augmenté de volume. Très peu mobilisable.
Les annexes sont infarcies avec extension aux pédicules lombo-ovariens.

Il existe une sérosité relativement abondante.

On décide de faire une hystérectomie avec annexectomie bilatérale qui s'avèrera être très difficile car les pédicules infiltrés sont gros et très friables.

A gauche l'annexe est très adhérente à la paroi de sorte qu'on est obligé de la sectionner ainsi que le ligament rond au ras de l'utérus, de se contenter d'une hysterectomie sub-totale car un tissu lardacé remplace le plan de clivage inter-vésico-utérin enfin de terminer par une annexectomie gauche rétrograde et une totalisation secondaire de l'hystérectomie. Le surjet sur le vagin est impossible en raison de la friabilité des tissus; le péritoine est très épais, il est également impossible de péritoniser.

Fermeture de la paroi plan par plan.

2 millions de pénicilline et 2 ampoules de tifomycine dans la cavité péritonéale.

Examen anatomo-pathologique macroscopique (Dr SZEKELY) :

L'utérus, très volumineux, présente de petites formations à la limite de l'abcès dans la sous-séreuse. Il contient d'assez nombreux débris de muqueuse ou de caillots. De même le col est mou et présente de petites zones de ramollissement probablement suppuratif.

A droite, l'annexe est infarci avec un ovaire un peu volumineux présentant un état congestif important et un corps jaune. A la coupe du ligament large, la

trompe est entièrement englobée dans un tissu présentant de nombreux points de suppuration, certains dans des vaisseaux obstrués par des thromboses cruoriques.

A gauche existe un état comparable à celui de droite mais la tuméfaction de l'ovaire et du ligament large ainsi que l'apparition de suppurations souvent contenues dans des thromboses sont plus nettes de ce côté.

Des prélèvements pour examen bactériologique révèlent la présence de staphylocoques identiques, en particulier par l'antibiogramme, à ceux du germe isolé par l'hémoculture et par prélèvement vaginal la veille de l'intervention.

Examen anatomo-pathologique microscopique :

Les fragments de col, revêtus par une muqueuse exo-cervicale normale, sont dissociés par un certain degré d'oedème mais surtout présentent d'innombrables formations abcédées dont certaines sont manifestement centrées par de petites veines où l'on reconnait encore des débris de thrombus fibrineux. La plupart de ces abcès sont bien arrondis ou polycycliques limités par l'infiltration leucocytaire elle-même. On observe de même des thromboses suppurées, certaines comportant même des colobies microbiennes bien visibles, dans le tissu cellulaire péri-utérin qui est lui-même très inflammatoire.

Au niveau du corps et du fond utérin se retrouvent des lésions absolument identiques : oedème dissociant le myomètre, innombrables formations micro-abcédées dont certaines contiennent des colonies microbiennes et dont beaucoup sont à point de départ veineux. On retrouve de telles formations jusque dans la sous-séreuse.

Les deux ovaires et le tissu adipeux des ligaments larges sont de même tuméfiés par un oedème assez important et présentent une obstruction complète de tout leur système vasculaire veineux par quelques thromboses fibrino-cruoriques et d'innombrables thromboses abcédées; là encore cette transformation purulente dépasse souvent très largement les parois veineuses constituant des micro-abcès dans le tissu environnant. On n'observe pas par contre de thrombose artérielle.

En conclusion, il s'agit d'une suppuration utéro-annexielle par thrombophlébite extensive suppurée staphylococcique endo et péri-utérine.

En quelques heures, on a l'agréable surprise de voir l'état de choc s'amender; par contre la diurèse reste basse (200 millilitres par 24 heures) avec une azotémie à I,75 gramme, de même les troubles psychiques persistent ainsi que les troubles respiratoires avec accès de cyanose et encombrement pulmonaire, ce qui va imposer une trachéotomie et l'assistance respiratoire.

L'antibiothérapie par Colirycine et Flabelline est encore poursuivie pendant une période de deux mois pendant laquelle les troubles respiratoires s'amendent mais persiste un train de fièvre aux alentours de 38° sans explication satisfaisante car les hémocultures sont et resteront négatives et il n'existe aucun foyer viscéral, enfin apparait une insuffisance rénale avec clearance à l'urée à 40 millilitres qui imposera après la sortie de la malade une surveillance et une antibiothérapie prolongée.

En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, ayant présenté une septicémie post-partum à staphylocoque. La dégradation rapide de l'état général, l'existence indiscutable de signes pelviens conduisent d'urgence à une hystérectomie avec annexectomie bilatérale de réalisation technique difficile objectivant une thrombo-phlébite pelvienne suppurée extensive; cette intervention sera immédiatement suivie d'une amélioration de l'état de choc initial mais l'installation d'une insuffisance rénale marquant l'évolution post-opératoire conduira à poursuivre longuement l'antibiothérapie. L'évolution favorable dans l'immédiat semble bien relever de l'acte chirurgical.

OBSERVATION N° 4

Madame THI... Eliane, est une 3ème geste de 26 ans dont la grossesse a été émaillée de métrorragies. Le 27 avril 1966 au terme de 5 mois survient une rupture des membranes mais ce n'est que le 2 mai qu'apparaissent des contractions utérines aboutissant à l'expulsion d'un foetus de 450 grammes. Une délivrance artificielle est faite : elle s'avèrera difficile car le placenta est très adhérent, friable, se morcelant facilement.

Le 3 Mai, le lendemain, apparait une fièvre à 38°5 qui fait mettre en oeuvre 3 millions de Pénicilline et 1 gramme de Streptomycine. Mais le soir la fièvre passe à 40°, s'accompagnant de frissons et de vomissements.

Le 5 mai, la fièvre persiste oscillante en même temps qu'apparait une vive douleur de la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal l'utérus est gros et empâté, et l'on éveille de violentes douleurs à la palpation du cul de sac droit.

Le même traitement antibiotique est poursuivi auquel on adjoint la glace et les antispasmodiques.

Le 7 mai, le tableau clinique reste inchangé : fièvre à 38°5, frissons, douleur à droite retrouvée au toucher vaginal. Une hémoculture montre alors la présence d'un cocci gram positif sensible à divers antibiotiques dont la Kanamycine que la malade reçoit dès lors par voie veineuse.

Le 8 mai, au sixième jour de l'évolution, la malade est transférée de la clinique à la Maternité de l'hôpital Tenon (Service du Professeur Agrégé Emile HERVET). Le tableau clinique est alors le même que les jours précédents avec ictère. Au toucher vaginal l'utérus est douloureux mais non anormalement gros ou mou. Le col est encore ouvert. A droite on perçoit un cordon induré veineux très douloureux antéro-postérieur. Le diagnostic porté est celui de thrombo-phlébite pelvienne à prédominance droite avec septicémie à staphylocoque et l'on décide du transfert, le jour même, à l'hôpital Claude Bernard (Service du Professeur MOLLARET).

A son entrée la malade présente une température à 39°7 et un ictère que l'on rattache à la septicémie. L'auscultation ne révèle aucune anomalie sinon un souffle

systolique variable siégeant au foyer pulmonaire. L'abdomen est souple sans hépato-splénomégalie; cependant on éveille une douleur à la palpation du flanc droit. Il n'y a pas de phlébite des membres inférieurs.

Dès son arrivée la malade va être soumise à une antibiothérapie comportant : 12 grammes de Flabelline et 1 gramme de Kanamycine. Le lendemain 9 mai, 24 heures de thérapeutique n'ont guère réussi à faire descendre la température au-dessous de 38°7, mais il n'y a plus de frissons. On décide de poursuivre ce traitement encore 3 jours au terme desquels, s'il s'avère inefficace, pourrait se discuter l'indication d'une hystérectomie.

Le 10 mai, l'état général est inchangé mais il n'y a pas de foyers pulmonaires (les radiographies thoraciques sont normales). Localement, le foyer vaginal retrouve un cordon pariétal induré et douloureux. Ce même jour revient le résultat d'une hémoculture faite le 8 et révélant la présence d'un staphylocoque doré sensible à la Kanamycine et d'un Proteus Morgagni résistant à la plupart des antibiotiques.

Ainsi, une semaine après le début clinique et après 72 heures de traitement antibiotiques, il n'y a aucune modification sur le plan général; bien plus les signes pelviens locaux restent inchangés depuis le début. On décide dès lors du transfert à la maternité de l'hôpital Tenon où une hystérectomie sera faite le 11 mai.

Compte-rendu opératoire (Dr. FOURNIL) :

Après médiane sus et sous-ombilicale, on découvre une sérosité louche et un débutde péritonite plastique prédominant à droite. Après libération des anses agglutinées on constate :

- que les lésions se localisent uniquement à droite; la trompe est violine, épaisse et un flot de pus sort par le pavillon à la pression. L'ovaire à la taille d'un oeuf de poule. Le méso-salpinx et le méso-ovarium sont infarcis et les pinces d'hémostase coupent les tissus.

- que le pédicule lombo-ovarien droit est dur et d'un calibre de deux centimètres de diamètre environ.

Par contre l'annexe gauche et l'héni-bassin gauche sont sains et ne semblent guère infectés.

On pratique alors :

- dans un premier temps, la ligature de la veine cave inférieure à deux travers de doigts au-dessus de la fourche artérielle des iliaques. Cette ligature est double au nylon 3, les deux ligatures étant étagées à ½ centimètre d'intervalle.

- dans un second temps, l'annexectomie droite avec section du pédicule lombo-ovarien à trois travers de doigts de l'ovaire après repérage de l'uretère.

- dans un troisième temps, une hystérectomie avec annexectomie gauche.

Si la péritonisation est facile à gauche, on doit se contenter à droite d'accoler le recto-sigmoïde.

Toilette péritonéale. Paroi en trois plans après antibiotiques in situ (Tifomycine et Pénicilline).

Examen anatomo-pathologique (Dr MAILLET).

Les différents prélèvements effectués au niveau des pièces opératoires montrent au niveau de l'utérus une région endo-cervicale enflammée dont l'épithélium est par endroit érodé. Les glandes cervicales sont parfois kystiques. Le myomètre présente un oedème dossociant les fibres musculaires qui présentent les modifications d'un utérus gestant.

Les vaisseaux sanguins sont nombreux : leur paroi est le siège d'une exocytose. D'autres vaisseaux très dilatés ont une lumière partiellement obstruée par des caillots fibrino-cruoriques adhérents à la paroi et en voie d'organisation.

L'endomètre n'est représenté que par de très rares tubes et pratiquement tout le myomètre est revêtu par un caillot fibrinocruorique largement infiltré de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires.

Il existe une inflammation sous-séreuse traduisant une pelvi-péritonite.

L'ovaire gauche présente une corticale épaissie avec oedème et infiltration inflammatoire du mésovarium. Au niveau de celui-ci existe un volumineux caillot fibrino-cruorique en contact avec la trompe.

La trompe gauche a une paroi extrêmement oedémateuse subissant une infiltration inflammatoire. La lumière tubaire est sans grande anomalie.

L'ovaire droit est en entier le siège d'une ovarite nécrosante qui a détruit le tissu ovarien. Le pédicule tubo-ovarien droit est largement infiltré de lymphocytes et de polynucléaires. Les vaisseaux sanguins sont le siège de thromboses oblitérantes avec organisation des thrombi. L'ensemble subit une extraordinaire infiltration inflammatoire.

La trompe droite est dilatée et la lumière encombrée de pus ainsi que les parois qui présentent des zones hémorragiques. En conclusion : endométrite post-abortive avec pelvi péritonite et pyo-salpinx, multiples thromboses vasculaires surtout nettes au niveau du pédicule tubo-ovarien droit.

Les suites opératoires seront simples et le 16 mai la malade revient à l'hôpital Claude Bernard avec une température oscillant entre 37°6 et 38°2. Dès lors l'antibiothérapie sera poursuivie à de moindres doses (8 grammes de Flabelline et 1 gramme de Kanamycine).

Le 22 Mai l'apyrexie est obtenue et la malade sortira en excellent état général, sans le moindre signe pelvien, sans oedème des membres inférieurs.

En résumé, il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, chez laquelle s'installe, au lendemain d'un avortement spontané au terme de 5 mois ayant donné lieu à une délivrance artificielle difficile, une septicémie à staphylocoque avec thrombophlébite pelvienne droite. Après six jours d'une antibiothérapie polyvalente la malade est hospitalisée et soumise pendant quatre jours à un traitement comportant des antibiotiques à fortes doses et adaptés aux données de l'antibiogramme. L'échec sur le plan général de cette thérapeutique et la persistance de signes de phlébite pelvienne droite conduisent à l'hystérectomie totale avec annexectomie et ligature de la veine cave inférieure. Cette intervention, que complète la poursuite du traitement antibiotique mis initialement en jeu, amène la guérison complète et rapide sans qu'à aucun moment ne se soient installées de localisations septiques notamment pulmonaire ou endocarditique. C'est là un cas idéal vu à temps, opéré à temps et dont les suites furent des plus simples.

OBSERVATION N° 5

Madame BANC... Simone, est admise le 25 novembre I964 à l'hôpital Claude Bernard pour une septicémie post-abortum.

Après plusieurs manoeuvres abortives sur une grossesse de 3 mois $\frac{1}{2}$, manoeuvres étalées sur une semaine avant d'aboutir à l'expulsion du foetus, cette femme de 42 ans subit le I6 novembre en ville un curetage et sort de la clinique dès le lendemain sans avoir reçu d'antibiotiques.

Le surlendemain, I8 novembre, apparait une fièvre oscillant entre 39° et 40°, persistant les jours suivants et s'accompagnant de frissons.

Le I9 novembre la malade recevra une antibiothérapie comportant : 2 millions de Pénicilline, 1 gramme de Streptomycine, 8 comprimés de Cyclomycétine. La fièvre persiste et l'apparition d'un point de côté thoracique conduit à la découverte d'un foyer de râles sous-crépitants de la base gauche, auquel correspond une opacité radiologique avec comblement du cul de sac costo-diaphragmatique. Enfin une hémoculture révèle la présence d'un staphylocoque.

Lors de son hospitalisation, la fièvre est à 40° sans splénomégalie, des râles bulleux sont retrouvés aux deux bases prédominant à gauche. Au toucher vaginal l'utérus est indolore et les culs de sacs vaginaux dépressibles. La malade reçoit 2 grammes de Solnicol et 12 grammes de Flabelline.

Le 29 novembre, de grandes oscillations thermiques ont marqué l'évolution. L'étude du pouvoir bactéricide ayant confirmé l'inefficacité des antibiotiques utilisés, on leut substitue : I,50 gramme de Kanamycine et 2 grammes de Pyostacine.

Jusqu'au 5 décembre, malgré cette modification des décharges bactériémiques avec clochers thermiques, frissons, hémocultures positives et tendance au collapsus contre lequel on luttera par des transfusions, des corticoïdes et de l'Aramine, persistent alors que de nouvelles radiographies pulmonaires montrent l'existence de deux images bulleuses siégeant aux bases thoraciques. Le toucher vaginal ne révèle aucune modification : l'utérus est de volume normal, indolore; il n'y a pas de

masses annexielles et les culs de sac vaginaux sont souples. Cependant, au dix-neuvième jour, du tableau clinique, devant l'échec d'une antibiothérapie bien adaptée tout au moins théoriquement et malgré l'absence de tout signe pelvien, on décide d'intervenir.

Une hystérectomie totale avec annexectomie et ligature de la veine cave inférieure est effectuée alors que les constatations per-opératoires avaient révélé que la morphologie de l'utérus et des annexes se trouvait être normale.

L'examen anatomo-pathologique macroscopique (Dr SZEKELY) révèle que la surface de l'endomètre est jaunâtre et bosselée; une formation cruorique implantée sur la face droite est prélevée pour étude bactériologique ainsi que le produit de raclage de l'endomètre et un fragment du ligament large droit. Ce caillot s'implante au voisinage des vaisseaux superficiels, nombreux, dilatés où le sang ne s'est coagulé, semble-t-il, qu'après l'exérèse. A l'oeil nu, on ne reconnait presque pas la muqueuse sur l'épaisseur de la tranche de section qui est normale mais épaissie. Le col est normal. Les trompes et les ovaires sont normaux à la coupe. Les vaisseaux utéro-ovariens sont normaux et perméables. Il n'existe aucun foyer inflammatoire, aucun abcès.

L'examen anatomo-pathologique microscopique révèle que l'endomètre est très aplati et les tubes glandulaires courts et droits. Il n'y a pas d'ilôts déciduiformes. Quelques zones de l'endomètre sont infiltrées d'hémorragies parfois en voie de remaniement conjonctif. Dans la muqueuse comme dans le myomètre il n'y a nulle part d'infiltrat inflammatoire. Les vaisseaux artériels sont normaux. Les veines sont très nombreuses, souvent congestives, sans phlébite; les faisceaux musculaires sont épais et richement vascularisés. Les annexes sont dépourvues d'anomalies ; trompes et vaisseaux sont normaux sans foyer inflammatoire et sans thrombose.

En conclusion, il s'agit d'en endomètre atrophique post-curetage; les annexes sont normales.

Les prélèvements bactériologiques au niveau de l'endomètre et du ligament large seront négatifs.

Le 7 décembre, 48 heures après l'intervention, la fièvre persiste à 39°. On décide de poursuivre la Pyostacine mais d'arrêter la Kanamycine que l'on remplace par 2 grammes de Vancomycine; en fait la survenue de vomissements limite le traitement à la Kanamycine et à la Vancomycine en perfusion. Une hémoculture faite à cette date reviendra négative.

Le IO décembre, la fièvre tend à baisser mais une radiographie pulmonaire révèle l'apparition de deux nouvelles images bulleuses de la base gauche.

Le I8 décembre, alors que la température oscillait entre 37° et 38° depuis quatre jours, la fièvre s'installe à nouveau à 40° et persistera jusqu'au IO janvier malgré l'adjonction de Rifomine et de Tifomycine. Les hémocultures restent négatives mais une éruption généralisée d'origine toxique et surtout un moelona abondant apparaissent imposant le recours aux transfusions.

Le IO janvier la malade à une vomique de quelques centimètres cubes de pus et la radiographie thoracique montre qu'à cette occasion l'abcès pulmonaire objectivée la veille s'est complètement vidé.

Dès lors l'apyrexie s'installe, les images radiologiques vont en s'améliorant et la malade quitte le service le 22 apyrétique depuis I3 jours, ne gardant que quelques condensations parenchymateuses et un discret oedème des membres inférieurs

En résumé, il s'agit d'une femme de 42 ans chez laquelle, 48 heures après un curetage pour avortement provoqué, s'installe un tableau de septicémie à staphylocoques. Après trois jours d'une antibiothérapie standard, l'étude du pouvoir bactéricide permet de mieux adapter le traitement. Cette antibiothérapie théoriquement plus efficace n'empêchent en rien les décharges bactériémiques de se succéder, les hémocultures de rester positives et les images bulleuses d'envahir les deux champs pulmonaires. Aussi, 20 jours après le curetage et après I2 jours d'antibiotiques, malgré l'absence de tout signe pelvien, une hystérectomie totale avec annexectomie et ligature de la veine cave inférieure est décidée. L'utérus et les annexes s'avèrent macroscopiquement et microscopiquement normaux. Pendant plus d'un mois, à la suite du geste chirurgical, malgré les antibiotiques la fièvre persiste avec hémocultures négatives mais avec apparition de nouvelles images bulleuses pulmonaires jusqu'au jour où une vomique évacuant un abcès va annoncer l'apyrexie définitive.

Il semble ici que le geste chirurgical soit survenu après stérilisation par les antibiotiques du foyer pelvien initial comme semblent le confirmer l'absence de signes pelviens, de signes per-opératoires et les constatations anatomo-pathologiques. Cependant le foyer utérin a eu le temps d'essaimer, envoyant vers les poumons des métastases infectieuses évoluant pour leur propre compte et nullement influencées, l'on s'en doute, par l'hystérectomie et la ligature veineuse.

OBSERVATION N° 6

Madame HUG... Jeannine, âgée de 28 ans, subit le 30 août 1962, à la maternité de l'hôpital de Creil, un curetage après manoeuvres abortives sur grossesse de 3 mois.

Les suites sont marquées par un mouvement fébrile à 38° conduisant à l'emploi d'antibiotiques : 4 millions de Pénicilline et 1 gramme de Streptomycine. Cette antibiothérapie sera poursuivie quelques jours et le 5 septembre la malade sort apyrétique.

Cependant le 9 la survenue de douleurs abdomino-pelviennes bilatérales, s'accompagnant de pertes fétides et d'une fièvre à 40°5 conduit à une nouvelle hospitalisation dans un service chirurgical. Malgré le recours à 4 millions de Bénicilline, I gramme de Terramycine et au Soludécadron le tableau clinique reste inchangé les jours suivants et ce malgré une augmentation des doses d'antibiotiques.

48 heures plus tard, le II septembre, la persistance des signes abdominaux en climat fébrile conduit à une laparotomie exploratrice; celle-ci révèle l'absence d'épanchement péritonéal; le petit bassin et l'abdomen sont normaux de même qu'il n'existe aucun signe de phlébite pelvienne.

Le I3 septembre, malgré l'adjonction de 4 grammes de Flabelline, le tableau clinique ne se modifie guère et la malade est transférée à l'hôpital Claude Bernard dans le service du Professeur MOLLARET.

A l'entrée on note que la fièvre s'élève à 39° avec pouls en rapport. Des râles diffus sont retrouvés dans les deux champs pulmonaires : la diurèse est conservée. Il n'existe pas de splénomégalie et le reste de l'examen serait normal s'il n'existait, au toucher vaginal, un cordon latéro-utérin droit faisant porter le diagnostic de phlébite pelvienne.

L'hémogramme est normal ne montrant ni anémie, ni hyperleucocytose; une radiographie pulmonaire révèle l'existence de trois opacités floues, non homogènes des deux champs pulmonaires. Enfin des hémocultures sont mises en route.

Le traitement comportera en intra-musculaire 1 gramme de Streptomycine en intra-veineux,40 millions de Pénicilline, I2 grammes de Colimycine et 8 de Flabelline.

Le I5 septembre la fièvre est toujours élevée à 40° avec frissons, dyspnée, et angoisse; la phlébite pelvienne droite se confirme; les lésions pulmonaires sont plus importantes que précédemment; enfin les hémocultures sont positives révélant la présence d'un staphylocoque sensible à la Flabelline.

Aussi peut-on dès lors parler de septico-pyohémie staphylococcique avec localisation pulmonaire par thrombo-phlébite pelvienne.

Pénicilline et Colimycine sont poursuivies aux mêmes doses, la Flabelline est portée à I6 grammes, à ce traitement on adjoindra des tonicardiaques et 300 millugrammes d'Héparine (en fait arrêtée au bout de 24 heures).

Le I7 septembre l'étude du pouvoir bactéricide montre la sensibilité du germe à la Flabelline et au Chloramphénicol; le traitement sera donc à nouveau modifié et comportera 2 grammes de Tyfomycine, I6 grammes de Flabelline et I00 milligrammes d'hémisuccinate d'hydrocortisone.

Le lendemain on découvre une matité basale droite au niveau de laquelle la ponction ramène 400 millilitres d'un liquide citrin qui s'avérera par la suite stérile.

Le 22 septembre, la fièvre est toujours oscillante entre 38° et 39°6; l'épanchement reste toujours aussi abondant, de nouvelles hémocultures retrouvent le staphylocoque; enfin les images pulmonaires sont inchangées. L'antibiothérapie est poursuivie et l'on va même jursqu'à administrer 32 grammes de Flabelline en même temps que l'on ajoute aux perfusions 300 mg d'Héparine.

Le 29 septembre l'état de la malade est inchangé; il évolue depuis trois semaines sans grande modification bien que depuis deux semaines la malade soit soumise à une antibiothérapie théoriquement adaptée et depuis une semaine à un traitement anticoagulant. Bien plus, récemment une participation péricardique est apparue mais la tachycardie ne permet pas d'apprécier l'état cardiaque de façon parfaite.

On décide donc d'intervenir pour la seconde fois sur le foyer pelvien responsable bien que les signes locaux aient régréssé .

L'intervention faire le jour même (Dr AUROUSSEAU) ne révèle guère de lésions alors que le diagnostic de phlébite pelvienne avait été affirmé à deux reprises; on décide cependant de faire une ligature de la veine cave inférieure pour mettre la malade à l'abri d'éventuelles embolies septiques; par contre aucune exérèse n'est effectuée.

Les jours suivants aucune amélioration n'apparait : la fièvre est toujours désarticulée, l'état pulmonaire inchangé. Bien plus une aggravation est notée : il existe d'importants oedèmes des membres inférieurs, une altération de la conscience et surtout un encombrement bronchique important imposant une trachéotomie le 3 octobre et la mise sous Engström le lendemain.

Dès lors l'évolution sera marquée par une dégradation progressive de l'état général avec escharres, une altération de la conscience, des troubles respiratoires par hypersécrétion bronchique, conduisant même à une atélectasie transitoire levée par l'aspiration, des accès de cyanose, des épisodes de collapsus imposant le recours à la Nor-Adrénaline.

La mort surviendra le I4 octobre.

L'autopsie révélera une dissémination staphylococcique avec des abcès multiples frappant la rate, le foie, les deux poumons, le rein droit et surtout l'existence de végétations siégeant sur la valvule tricuspide.

L'examen histologique de ces végétations révèle qu'il s'agit de formations fibrineuses infiltrées par des polynucléaires avec suppuration par endroit. Après coloration au Gram, on découvre de véritables colonies de staphylocoques disséminées dans toute l'étendue des végétations.

De même un prélèvement sera effectué au niveau de la ligature de la veine cave inférieure : à ce niveau existe un caillot fibrino-cruorique adhérent en certains points à la paroi veineuse. Il est partiellement infiltré par des lymphocytes mais il n'y a pas d'amas microbiens.

En conclusion il s'agit d'une femme de 28 ans chez laquelle s'installe, dans les jours qui suivent un curetage pour avortement, une septicémie à staphylocoques avec manifestations abdominales prédominantes ayant conduit à une laparotomie exploratrice. D'emblée il existe des localisations pleuro-pulmonaires, embolies septiques d'une thrombo-phlébite pelvienne cliniquement évidente. Après deux semaines d'une antibiothérapie adaptée aux données de l'antibiogramme et complétée par une thérapeutique anticoagulante, il n'existe aucune amélioration. Une deuxième intervention est alors pratiquée: elle ne révèle pas d'anomalie pelvienne justifiant une exérèse par contre une ligature de la veine cave inférieure est faite. Cette intervention n'entraîne aucune modification du tableau clinique et la malade va mourir d'une septico-pyéhémie staphylococcique avec localisation viscérale multiple en particulier cardiaque.

Il est intéressant de noter à propos de cette observation l'absence de parallélisme existant entre les signes cliniques et les constatations per-opératoires : à deux reprises la découverte d'un cordon latéro-utérin avait fait porter le diagnostic de phlébite pelvienne que l'exploration chirurgicale du petit bassin n'est pas venu confirmer.

OBSERVATION N° 7

Madame LAS... Francine, âgée de trente ans, mère de trois enfants, se livre pendant la première quinzaine de juin I964 à des manoeuvres abortives par sonde sur une grossesse de 2 mois et demi.

Le I5 juin apparait une fièvre modérée, s'accompagnant de frissons et de métrorragies.

Cet état persiste jusqu'au 24 juin, date à laquelle elle est hospitalisée dans un centre hospitalier de province. On constate alors que la fièvre est à 40° et qu'au toucher vaginal le col ouvert laisse passer des débris placentaires. Un curetage immédiat est alors entrepris en même temps qu'est instituée une antibiothérapie par pénicilline à de faibles doses.

Cependant l'état fébrile persiste et des hémocultures révèlent la présence d'un staphylocoque pathogène sensible au chloramphénicol; l'antibiothérapie est modifiée et la malade recevra pendant trois jours un gramme de Tifomycine.

L'inefficacité de cette thérapeutique amènera l'hospitalisation le 5 juillet dans le service du Professeur MOLLARET.

A l'entrée la fièvre atteint 38°6 avec un pouls à 140; la rate déborde le gril costal et l'on note l'existence d'une submatité et d'une diminution du murmure vésiculaire à la base droite. Le reste de l'examen clinique et notamment le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. L'hémogramme montre une discrète anémie à 3 400 000 hématies avec 7 400 leucocytes dont 9I % de polynucléaires.

Au total, il s'agit d'une septicémie post-abortum à staphylocoques et des hénocultures immédiatement entreprises s'avèrent encore positives les jours suivants.

D'emblée on instaure un traitement comportant I2 grammes de Flabelline et 2 grammes de Solnicol.

Le 9 juillet, la fièvre reste oscillante autour de 38° avec diurèse conservée aucune localisation septique n'est apparue mais on ajoute au traitement I,50 gramme de Kanycine.

En dépit de cette antibiothérapie, le I6 juillet, la fièvre s'élève à 38°9, s'accompagnant de frissons de même que le lendemain et des hémocultures faites à ces deux dates se montreront positives.

Ainsi cinq semaines après les manoeuvres abortives, un mois après le début du tableau septicémique et après 12 jours d'une antibiothérapie intense et adaptée la fièvre persiste et les hémocultures restent positives; malgré l'absence de signes pelviens (utérus bien involué, mobile et indolore, culs-de-sac souples) on décide de crainte de passer à côté d'un foyer utéro-annexiel latent, de faire une hystérectomie.

L'intervention est faite le I8 juillet (Dr GARNIER).

Médiane sous-ombilicale.
Utérus de volume normal.
Annexes saines
Pédicules utéro-ovariens et plexus veineux latéro-utérin ne présentent pas la moindre induration.

Le carrefour cave parait sain.
La vérification du contenu de la cavité abdominale ne révèle rien d'anormal.
Hystérectomie totale avec conservation des annexes.
Drainage vagi nal, péritonisation idéale et paroi plan par plan.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire ne révèle rien d'anormal : il n'y a pas eu d'examen histologique.

Les suites opératoires sont d'abord favorables : l'état général est bon et la fièvre baisse par paliers.

Cependant le 26 juillet, la fièvre remonte jusqu'à 40°3 et une hémoculture faite à l'occasion de frissons, s'avère être encore positive. On décide d'adjoindre au traitement 2,50 grammes de Pyostacine.

Malgré tout les poussées fébriles avec frissons, hyperleucocytose à 14 500 se répèteront jusqu'au 6 août, date à laquelle on remplace la totalité des antibiotiques jusque là employés par 2 grammes de Vancomycine intra-veineuse.

Au cours de cette évolution fébrile, aucune anomalie sthétacoustique cardiaque n'est apparue cependant la répétition des clichés pulmonaires révèlent l'existence d'une image arrondie siégeant dans le champ pulmonaire gauche mais immuable à des examens successifs. Cette image est interprétée comme celle d'une embolie pulmonaire et la malade recevra 300 milligrammes d'Héparine ce qui n'empêchera guère la survenue d'un second embol le 25 août.

Jusqu'au Ier septembre, sous l'action de cette double thérapeutique antibiotique et anticoagulante, si la fièvre oscille autour de 38° par contre les hémocultures sont devenues négatives.

A cette date la malade a reçu de la Vancomycine depuis 27 jours, ce qui semble un délai suffisant si l'antibiotique est actif; par ailleurs il ne reste plus de veines utilisables enfin la survenue de vomissements fait évoquer la possibilité d'une intolérance aussi décide-t-on de suspendre tout traitement.

Dès lors la température atteint 37° et s'y maintient, l'hyperleucocytose disparait et la malade sort le 24 septembre en excellent état général.

En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 30 ans chez laquelle s'installe, à la suite de manoeuvres abortives, une septicémie à staphylocoques. Après une antibiothérapie initiale insuffisante, cette malade reçoit pendant douze jours des antibiotiques à fortes doses et adaptés aux données de l'antibiogramme. L'inefficacité du traitement conduit, en dépit de l'absence clinique et per-opératoire de signes pelviens de localisation, à une hystérectomie totale sans annexectomie ni ligature veineuse. Cette intervention ne modifie guère le tableau clinique ni même la positivité des hémocultures. Seules la réadaptation de l'antibiothérapie et sa spoursuite prolongée permettront de venir à bout de cette septicémie particulièrement rebelle; un foyer métastatique, vraisemblablement pulmonaire, semble en être responsable.

L'échec du traitement chirurgical est donc manifeste : mais pouvait-il en être autrement alors que l'absence de signes pelviens, la négativité du bilan per-opératoire et la confirmation donnée par l'anatomie pathologique allaient à l'encontre du diagnostic de thrombo-phlébite évolutive.

OBSERVATION N° 8

BUF... Andrée, âgée de 35 ans, enceinte de six semaines se livre à plusieurs tentatives abortives au début du mois de juillet I965. Très rapidement s'installent une fièvre élevée avec des clochers à plus de 40°, des frissons et des métrorragies qui conduisent le I6 juillet à un curetage sous couvert d'une antibiothérapie comportant Pénicilline et Streptomycine à faible dose.

Elle sera hospitalisée à l'hôpital Tenon le 5 août alors que, curetée et sous antibiotiques depuis un mois, la malade reste fébrile à 39°-40° et qu'une pneumopathie basale droite est apparue.

A l'entrée l'examen gynécologique montre que le col, qui présente des traces de déchirure ancienne, laisse sourdre une glaire louche; l'utérus, rétroversé, est augmenté de volume, très douloureux et difficilement mobilisable. Par contre les culs-de-sacs vaginaux et le Douglas sont souples et indolores.

La radiographie pulmonaire montre une image typique d'abcès pulmonaire de la base droite avec niveau liquide.

Enfin un staphylocoque pathogène est retrouvé à la fois dans les hémocultures faites dès l'entrée et dans l'expectoration.

Ainsi on se trouve devant une septicémie post-abortum à staphylocoque avec signes pelviens et localisation pulmonaire.

Le traitement médical comporte l'administration de 8 puis de 12 grammes de Flabelline, 12 millions de Colimycine et 1 gramme de Kanamycine.

Dans les jours qui suivent la fièvre tombe au-dessous de 38° avec une leucocytose à 14 500 dont 80 % de polynucléaires; l'état pulmonaire reste inchangé mais surtout est apparu un souffle systolique faisant redouter l'installation d'une endocardite bactérienne; l'examen gynécologique ne montre aucun changement par rapport aux examens précédents, hormis la découverte d'une masse mollasse et allongée en avant et à droite de l'utérus.

On décide dans l'immédiat de poursuivre le traitement antibiotique; si les hémocultures deviennent négatives et si la température se normalise un curetage sera envisagé, irréalisable dans l'immédiat en raison du risque de dissémination septique à partir de foyer gynécologique; si par contre le tableau clinique reste inchangé force sera d'envisager l'hystérectomie totale complétée si besoin d'une ligature de la veine cave inférieure.

Mais, bien que les hémocultures se négativent, des clochers fébriles avec frissons surviennent, l'hyperleucocytose se maintient, l'état général se dégrade en même temps qu'un épanchement pleural gauche apparait, l'état gynécologique restant inchangé.

Devant l'inefficacité du traitement médical on décide d'intervenir le I6 août après plus de dix jours d'une antibiothérapie importante mais dont il est difficile d'affirmer le caractère adapté en l'absence d'un antibiogramme dont les résultats ne parviendront que plus tardivement.

Compte-rendu opératoire (Dr FOURNIL) :

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est basculé en arrière et de volume sub-normal, de consistance molle ne présentant aucune anomalie macroscopique; pas de zone d'infarcissement, pas de coloration anormale. L'examen des annexes révèle que celles-ci sont saines. La palpation du réseau veineux pelvien ne montre pas de thrombus organisé.

Par ailleurs les paramètres sont sains; la palpation des veines lombo-ovariennes ne montre rien d'anormal.

Malgré tout on décide de pratiquer une hystérectomie totale avec ablation des annexes pour éliminer définitivement l'éventuel foyer infectieux génital.

Hystérectomie totale classique par désinsertion cervico-vaginale. Il est à noter qu'au moment de la section du pédicule gauche on trouve dans des veines, un caillot prélevé pour examen.

Surjet d'hémostase sur la collerette vaginale.

Fermeture de la paroi plan par plan.

Anatomie pathologique macroscopique (Dr MAILLET) :

L'ouverture de la pièce d'hystérectomie permet de retirer un caillot des veines gauches alors qu'il n'y a rien du côté droit.

L'incision des mésos ne montre pas de thrombose.

Il n'y a pas de pus dans les trompes.

Sur la face postéro-gauche existe un tissu d'aspect granuleux s'étendant jusqu'à l'orifice de la trompe gauche.

Prélèvements pour examen bactériologique de la masse et des thrombi.

Anatomie pathologique microscopique :

Les différents prélèvements effectués au niveau du col utérin montrent un certain degré de métaplasie malpighienne de l'épithélium cervical et la présence d'oeufs de Naboth.

Au niveau du corps utérin on constate, dans le myomètre, la présence de nombreuses thromboses vasculaires, certaines en voie d'organisation et même parfois reperméabilisées. Au sein de ces thrombi on retrouve du pigment hémosidérinique dans des macrophages.

L'endomètre est atrophique.

Les ovaires montrent une corticale amincie, des kystes folliculaires et des cicatrices de corps jaune.

Au contact de la trompe droite on note de nombreux vaisseaux également thrombosés. Il s'agit ici de nombreuses thromboses du myomètre à des stades différents.

Il n'existe pas de germes à l'examen anatomo-pathologique; il n'en sera pas retrouvés après culture des fragments prélevés en cours d'intervention.

Après une amélioration passagère de six jours pendant lesquels la fièvre reste au-dessous de 38°, l'état général s'améliore alors que persiste l'état pulmonaire et que l'antibiothérapie est poursuivie aux mêmes doses hormis la Colimycine qui est supprimée, à nouveau la température oscille entre 38°5 et 39°, la leucocytose

avoisine 25 000 avec 80 % de polynucléaires; l'expectoration reste minime sans grande modification de l'abcès pulmonaire de la base droite, bien plus l'hémoculture est à nouveau positive le 25 août.

En reprenant les différents antibiogrammes on décide de modifier le traitement et d'avoir recours au Bristopen à raison de 6 grammes, à 2 grammes de Cathomycine et 8 comprimés de Staphylomycine.

Le 31 août le problème gynécologique est totalement réglé comme le montre l'examen clinique; par contre persiste le problème de l'abcès pulmonaire dont l'évacuation n'est toujours pas survenue, ainsi que celui d'une atteinte cardiaque dont témoigne l'existence du souffle systolique à vrai dire intermittent.

La malade est alors transférée dans le service du professeur BASTIN à l'hôpital Claude Bernard. Elle y sera encore soumise pendant plusieurs jours au traitement antibiotique mais son décès survient brutalement dans un tableau de défaillance cardio-respiratoire.

A l'autopsie on découvre des lésions végétantes localisées aux valvules tricuspides et un infarcissement de la paroi auriculaire avoisinante. Par ailleurs les poumons sont très congestifs et l'on retrouve le volumineux abcès pulmonaire droit. Au niveau des artères pulmonaires existait une thrombose complète ainsi que des fragments de végétations semblables à celles qui avaient été observées au niveau de la valvule tricuspide. Il est donc vraisemblable que celle malade est décédée avant tout des complications de son endocardite végétante.

A noter qu'une hémoculture faite peu de temps avant le décès montrait la persistance du staphylocoque, sa résistance à tous les antibiotiques jusque là utilisés et sa sensibilité à la Vancomycine, à la Rimafycine et à la Framycétine antibiotiques que l'on n'eut guère le temps d'utiliser.

En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 35 ans ayant présenté une septicémie post-abortum à staphylocoque. Après un mois d'une antibiothérapie insuffisante, cet état persiste avec localisation pulmonaire et peut être même cardiaque.

En milieu hospitalier, dix jours d'un traitement énergique n'entraîne pas la moindre amélioration. Une hystérectomie avec annexectomie bilatérale est faite

malgré l'aspect macroscopique normal de l'appareil génital. Cependant l'examen anatomo-pathologique révèlera une thrombose veineuse en voie d'organisation. Toujours complétée par une antibiothérapie massive, l'intervention n'entraîne aucune amélioration et la malade meurt des complications d'une endocardite tricuspidienne végétante.

Il est probable que l'intervention est survenue trop tardivement dans l'évolution de la thrombo-phlébite initiale. Entreprise plus précocément, avant la survenue de la greffe valvulaire, l'intervention eut peut être permis d'obtenir une évolution favorable.

OBSERVATION N° 9

SAV... Yvette, âgée de 33 ans, entre à la Clinique des Maladies Infectieuses le 12 mai 1966, adressée par le centre hospitalier de Limoges pour une staphylococcie pleuro-pulmonaire.

Un mois auparavant, le 3 avril, alors qu'elle était enceinte de deux mois, elle s'est livrée à des tentatives d'avortement par sonde, tentatives suivies d'un curetage à domicile.

Pendant deux semaines alternent des périodes d'apyréxie et des périodes pendant lesquelles la fièvre s'élève atteignant 40° avec frissons en même temps que s'installe un ictère généralisé qui croît progressivement et qu'apparait une toux sans expectoration.

Trois médecins se succèdent pour prescrire une antibiothérapie dont ni la nature ni la posologie ne peuvent être précisées.

Le 19 avril la malade entre en clinique; elle est alors apyrétique mais une éruption vésiculeuses localisée aux membres inférieurs vient d'apparaître. Des prélèvements y révèlent la présence d'un staphylocoque pathogène sensible à la Novobiocine, à la Chloromycétine, à l'Erythromycine et à la Spiramycine. Parallèlement des radiographies pulmonaires révèlent l'existence de plusieurs foyers nodulaires disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Un traitement est aussitôt entrepris associant : 8 millions de Pénicilline 500 milligrammes de Transcycline; 500 milligrammes de Gathomycine, 1 gramme de Flabelline et 3 ampoules de soludécadron administrées par voie veineuse.

En dépit de ce traitement dont la posologie ira en croissant, un épanchement pleural apparait, les lésions pulmonaires s'aggravent et la fièvre oscille entre 38° et 38°5.

La malade est alors transférée au centre hospitalier de Limoges où l'antibiothérapie est poursuivie à fortes doses avec adjonction d'hémisuccinate d'hydrocortisone

ce qui ne modifie en rien ni la courbe thermique, ni la leucocytose qui est aux environs de 30 000 alors que les foyers pulmonaires s'abcèdent avec expectoration muco-purulente à staphylocoque; bien plus un souffle systolique de siège basal avec importants oedèmes des membres inférieurs, hépatomégalie et dyspnée est découvert faisant recourir aux tonicardiques.

Une hémoculture faite le 9 mai montre la présence d'un staphylocoque pathogène.

A son entrée à l'hôpital Claude Bernard le tableau clinique est inchangé avec fièvre à 39°, nombreux foyers de râles dans les deux champs pulmonaires, souffle systolique au foyer tricuspidien faisant redouter une endocardite s'accompagnant d'une hématonégalie qui déborde le gril costal de trois travers de doigts, d'oedèmes des membres inférieurs, d'une ascite à liquide citrin; par contre la diurèse est conservée et l'examen gynécologique s'avère être normal.

Les hémocultures sont toujours positives et l'étude du pouvoir bactéricide montre une sensibilité au Chloramphénicol, à la Kanamycine, à la Rifomycine et à la Spiramycine.

Le traitement peut alors être adapté et l'on a recours à l'administration de 1 gramme de Vancomycine associée à 300 milligrammes d'héparine et à l'hémisuccinate d'hydrocortisone.

Le 27 mai le tableau clinique reste inchangé avec de grands clochers thermiques, plusieurs images d'abcédation pulmonaire et des signes de défaillance cardiaque périphérique.

Ainsi depuis 6 semaines évolue une septico-pyohémie staphylococcique avec foyers pulmonaires et peut-être tricuspidien résistant à une antibiothérapie adaptée aux données de l'antibiogramme. Bien qu'il n'existe pas le moindre signe pelvien on décide cependant de faire une laparotomie à la recherche d'une éventuelle thrombophlébite pelvienne non perceptible cliniquement.

Compte-rendu opératoire (Dr BARRAT) :

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est de volume normal et de consistance ferme.

Les annexes sont strictement normales, les ligaments larges et les paramètres sont très souples.

Il n'y a pas de phlébite pelvienne mais un syndrome de Masters et Allen à droite.

La veine cave inférieure est normale et les pédicules lombo-ovariens sont normaux.

Le foie est un peu gros mais d'aspect et de consistance normale.
Les reins sont normaux.

Au terme de cette exploration négative, on procède à la fermeture de la paroi plan par plan.

Ainsi la laparotomie exploratrice a-t-elle permis d'éliminer avec certitude tout foyer pelvien et la même entibiothérapie est poursuivie.

Le Ier juin, bien que la fièvre reste toujours oscillante on peut noter qu'il n'y a plus ni frottement pleural ni souffle cardiaque; le foie a diminué de volume, il ne mesure plus que 14 centimètres : l'état pulmonaire s'améliore comme en témoignent les radiographies; enfin les hémocultures sont négatives.

On décide alors de suspendre momentanément le traitement antibiotique mais la persistance, les jours suivants, de la fièvre entre 38° et 39° fait reprendre, après dénudation de la veine saphène interne, la Vancomycine ce qui en une semaine fera passer la température de 39° à 37°6. Cependant l'apparition de signes cliniques faisant craindre une thrombose de la veine cave inférieure, la réapparition de la fièvre la découverte d'un éclat du deuxième bruit du coeur fera préférer à la Vancomycine, la Kanamycine et la Pyostacine grâce auxquelles la température descend finalement au-dessous de 37°5 et s'y maintient jusqu'au 31 juillet, date à laquelle la malade sort du service en excellent état général, sans anomalie auscultatoire, conservant trois petites images bulleuses résiduelles des deux champs pulmonaires.

En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 33 ans ayant présenté une septicémie post-abortum à staphylocoque avec localisation pulmonaire. L'échec d'une antibiothérapie prolongée pendant plus de six semaines, employée à fortes doses et adaptée aux données de l'antibiogramme font pratiquér, malgré l'absence de signes

cliniques pelviens, une laparotomie exploratrice à la recherche d'une phlébite pelvienne. En l'absence de celle-ci il n'y aura ni hystérectomie, ni ligature de la veine cave inférieure. Ainsi le foyer génital est-il apparu stérilisé par les antibiotiques ; par contre évoluent pour leur propre compte des métastases staphylococciques dont la guérison sera obtenue grâce au seul traitement médical.

Le grand mérite de l'intervention chirurgicale a été de lever le doute sur l'existence d'un éventuel foyer pelvien et de rattacher la persistance du syndrome infectieux aux seules embolies dont le traitement ne pouvait être que médical.

OBSERVATION N° 10

Madame WEI..., âgée de 25 ans, est adressée le 24 juin I962 dans le service du Docteur MIALARET à l'hôpital Saint Louis pour un accident aigu post-abortum avec fièvre à 40° et frissons.

A la sixième semaine de sa grossesse cette malade s'est livrée à des manoeuvres abortives répétées depuis le I0 juin. Rapidement des métrorragies se sont installées mais surtout le 24 est apparu un tableau infectieux d'allure septicémique.

A l'entrée la malade est pâle, dyspnéique, déshydratée; sa température est à 41°.

Au toucher vaginal le col est mou, à peine entrouvert; l'utérus est gros et douloureux; les culs-de-sac vaginaux sont libres et indolores.

Le sondage vésical ne ramène que I5 millilitres d'urines non hématuriques.

Très rapidement, peu après son arrivée, s'installe un collapsus sévère nécessitant l'administration rapide et en grande quantité de sang, de solutions macromoléculaires et de corticoïdes et le transfert d'urgence au Centre de Réanimation de l'hôpital Claude Bernard.

On se trouve alors devant une malade septicémique en état de collapsus avec une tension artérielle maxima de 7 ; un oedème pulmonaire et une anurie sans qu'il y ait de signes d'hémolyse aigue.

Les examens complémentaires montrent outre l'absence d'anémie, une hyperleucocytose à près de 27 000 avec 80 % de polynucléaires.

Le sondage vésical, qui n'a toujours ramené que quelques millilitres d'urine, permet d'objectiver la présence de cylindres granuleux, de polynucléaires altérés et de bacilles gram positifs.

Une radiographie du thorax montre l'existence d'images pommelées et floues disséminées dans les deux champs pulmonaires et évoquant un oedème pulmonaire.

Un traitement d'urgence est immédiatement entrepris comportant 48 milligrammes de Lévophed, 50 milligrammes d'hémisuccinate d'hydrocortisone, IO millions de Pénicilline et 6 de Colimycine.

Le lendemain 26 juin, l'état général s'est amélioré à tel point que l'on peut arrêter l'administration de Lévophed: en effet cyanose et dyspnée ont disparu, la tension artérielle est à IO,5 de maxima. Cependant il existe une discrète hépatomégalie, des myalgies et un subictère; surtout la diurèse ne dépasse par I50 millilitres pour les 24 heures qui viennent de s'écouler. La même antibiothérapie est poursuivie en attendant les résultats de l'hémoculture de la veille qui sera positive à un germe qu'il ne sera malheureusement pas possible d'identifier.

Les jours suivants, la température oscille autour de 38° et la diurèse reprend peu à peu.

Jusqu'au 2 juillet la protéinurie persiste aux alentours de 3 grammes avec une azotémie atteignant 2,30 grammes; puis la diurèse progressivement remonte jusqu'à 150(1500 millilitres et l'insuffisance rénale régressera.

Le 4 juillet brutalement les manifestations infectieuses reprennent : la fièvre remonte à 39°; elle s'accompagne de frissons qui conduiront à des hémocultures toutes négatives.

La réapparition des signes infectieux et la persistance de signes pelviens avec col entrouvert et lochies sanglantes conduisent à un curetage ramenant des débris placentaires.

Mais les jours suivants les signes infectieux persistent avec asthénie, état nauséeux si bien que le 9 juillet l'antibiothérapie est renforcée : 20 millions de Pénicilline, 3 grammes de Tiforycine et 5 grammes de Flabelline.

Le II juillet, l'état est alarmant : la fièvre est oscillante s'accompagnant de troubles digestifs avec douleurs abdominales en barre, nausées, vomissements; la malade est par ailleurs prostrée et deshydratée. L'examen ne révèle aucun foyer suppuré. Cependant malgré l'absence de signes abdominaux ou pelviens, devant l'altération rapide de l'état général faisant craindre une évolution désespérée,

on décide d'avoir recours à une laparotomie exploratrice de crainte de passer à côté d'un foyer de suppuration utéro-annexiel.

L'intervention (Pr HERVET) montre que l'utérus et les annexes sont tout à fait normaux sans foyer de suppuration, sans lésion veineuse aussi aucune exérèse, aucune ligature veineuse ne sont elles pratiquées.

C'est alors qu'en reprenant l'histoire de la malade à la lumière d'observations analogues, devant l'absence de foyer de suppuration, devant l'absence d'hyperleucocytose et de polynucléose on évoque la possibilité d'un syndrome pseudo-infectieux provoqué par la Flabelline; on décide donc d'interrompre l'antibiothérapie.

En six jours, le tableau va subir une transformation complète : l'état général s'améliore de façon spectaculaire, la courbe thermique se stabilise au-dessous de 37°5, les troubles digestifs disparaissent de même que les douleurs abdominales; enfin à l'hémogramme disparait l'éosinophilie qui atteignait 7 %.

Pour démontrer la réalité de l'intolérance à la Flabelline on à recours à des tests cutanés : intra-derno réaction à la Pénicilline et à la Flabelline; cette dernière ne donne qu'une faible réaction mais le soir même la malade se plaint d'un grand malaise avec nausées.

Le lendemain on procèdera à une épreuve décisive : perfusion dès 10 heures du matin de 2 grammes de Flabelline dans 1 litre de sérum glucosé; la perfusion est laissée jusqu'à 15 heures.

Dès 13 heures, la fièvre apparait, s'élevant jusqu'à 39°; la température reviendra à la normale en 24 heures. Parallèlement à cette modification de la courbe thermique, qu'on ne parviendra pas à obtenir le lendemain avec une perfusion de Pénicilline, on note les manifestations déjà signalées auparavant : asthénie, malaise général, barre douloureuse épigastrique, nausées et vomissements.

En conclusion, il s'agit d'une jeune femme de 25 ans chez laquelle deux semaines après des manoeuvres abortives s'installe un état toxi-infectieux sévère avec collapsus et insuffisance rénale. A près une amélioration passagère, la reprise puis l'aggravation des signes cliniques conduisent, malgré l'absence de tout sign.

pelvien anormal, à une laparotomie exploratrice. L'appareil génital s'avèrant normal aucune exérèse, aucune ligature veineuse ne sont faites.

Ce n'est que dans les jours qui suivent que l'on pourra incriminer à l'origine de la persistance du syndrome infectieux une intolérance à la Flabelline.

Quoiqu'il en soit l'exploration chirurgicale a revêtu ici une grande importance en tant qu'élément diagnostique permettant d'éliminer un foyer pelvien évolutif.

OBSERVATION N° 11

Madame MAR... Marie-Madeleine, âgée de 42 ans, est admise le 6 juin 1966 dans le service du professeur MOLLARET à l'Hôpital Claude Bernard, adressée par le service du Professeur WOLFROM dans lequel dle se trouvait depuis 48 heures pour un syndrome infectieux survenu dans les suites d'une césarienne .

Le II avril 1966, cette troisième geste, dont la grossesse s'est déroulée sans histoire, a en effet été césarisée dans un hôpital de province pour une présentation de la face. La césarienne était une segmentaire transversale donnant lieu à l'extraction d'une fille de 2 700 grammes; l'intervention a été rendue très longue et hémorragique en raison de diverses difficultés techniques. Parallèlement existait un état de choc nécessitant la perfusion de plasma, de six flacons de sang et de trois ampoules de Néosynéphrine.

Dans les cinq jours qui suivent apparait une fièvre avec vomissements, aucune hémoculture n'est faite mais la malade reçoit des antibiotiques : Terramycine, Pénicilline et Colimycine à des doses inconnues. Aucun résultat n'est obtenu mais l'arrêt du traitement entraînera une chûte thermique spectaculaire permettant la sortie de la malade quinze jours après l'intervention. Cependant rentrée chez elle, les troubles digestifs avec nausées et vomissements persistent avec quelques clochers fébriles à 38°.

A la fin du mois de mai, ces troubles s'aggravent, s'accompagnant de pertes fétides et d'un subictère.

Le Ier juin, la température s'élève brutalement à 39° sans frissons, imposant l'hospitalisation. L'examen clinique est normal, en particulier l'examen gynécologique; une radiographie thoracique le sera également. La malade recevra pendant six jours un million de Pénicilline et un million de Colimycine par jour alors que la fièvre persiste à 40° avec frissons.

C'est alors qu'elle est transférée dans le Service du Professeur WOLFROM La température atteint 40°5, la tension artérielle est à 10/6; l'examen gynécologique montre un gros utérus douloureux avec un cul-de-sac gauche dépressible mais sensible.

Plusieurs hémocultures sont mises en route et un traitement immédiatement mis en oeuvre comportant une transfusion sanguine et des perfusions de 2 grammes de Solnicol 20 millions de Pénicilline et 100 milligrammes d'Héparine toutes les six heures.

Le 6 juin apparait brutalement une chute tensionnelle à 7,5, un état d'agitation avec délire de persécution et un foyer de râles crépitants de la base gauche. Le traitement symptomatique ne modifie guère le tableau clinique et le soir même la malade est transférée à la Clinique des Maladies Infectieuses de l'hôpital Claude Bernard.

La température atteint 40°2; la tension est à 8,5/5,5. La malade est agitée. L'examen clinique en particulier gynécologique est sensiblement normal cependant de gros râles de la base gauche sont entendus ainsi que quelques sous-crépitants de la base droite. La radiographie thoracique montre un gros coeur à base élargie et des opacités floues non systématisées de la région para-hilaire gauche; à l'électrocardiogramme existent des signes de coeur pulmonaire aigu, enfin à l'hémogramme une hyperleucocytose à IO 000 avec 88 % de polynucléaires.

Au total, il existe un syndrome infectieux évoluant depuis deux mois dans les suites d'une césarienne et s'aggravant depuis trois jours avec déficit cardio-vasculaire et perturbations psychiques. Une septico-pyohémie d'origine pelvienne avec métastases septiques, en particulier pulmonaires, est évoquée. La malade reçoit huit grammes de Flabelline et un gramme de Kanamycine.

Dans les jours qui suivent la fièvre persiste désarticulée, évoluant entre 38° et 39° avec douleurs thoraciques, aspects électrocardiographiques et radiologiques évocateurs d'embolies pulmonaires. Au toucher vaginal, le cul de sac droit est très douloureux.

De crainte de passer à côté d'un foyer pelvien on décide d'intervenir le 21 juin, deux mois et demi après la césarienne initiale, deux semaines après un traitement antibiotique intense alors que toutes les hémocultures faites jusqu'alors sont restées négatives.

L'intervention est conduite, en présence de cardiologues, sous électrocardiogramme permanent, par le Professeur HERVET à la Maternité de l'Hôpital Tenon où la malade a été conduite.

Médiane sous-ombilicale avec excision de l'ancienne cicatrice.

A l'ouverture du péritoine il existe de nombreuses adhérences épiploiques, il n'y a pas de liquide dans la cavité péritonéale.

On fait les constatations suivantes :

- l'annexe droite est normale
- il en est de même de la gauche
- l'utérus est de volume normal

La suture du péritoine vésical masque parfaitement la cicatrice d'hystérectomie. Il existe au niveau du feuillet postérieur du ligament large gauche une tuméfaction de la taille d'une prune qui semble faire hernie au travers du feuillet postérieur du ligament large et se prolonge en arrière à hauteur du cul-de-sac de Douglas. Cette tuméfaction est composée de caillots noirâtres : elle est adressée au laboratoire pour examen. Au cours de son ablation on s'aperçoit qu'elle prend naissance au niveau de l'extrémité gauche de l'hystérotomie. A ce niveau il existe une déhiscence gauche de la cicatrice qui fait communiquer cette poche hématique avec la cavité vaginale.

On fait une hystérectomie totale avec annexectomie.

Mise en place d'un drain vaginal sous péritonéal fixé à la tranche de section vaginale.

Fermeture de la paroi plan par plan.

Il semble donc qu'il y ait eu désunion de la partie gauche de l'hystérotomie et qu'à la faveur de cette désunion un écoulement septique d'origine vaginale se soit produit; les phénomènes péritonéaux ont été estompés par les antibiotiques et n'ont pas été suffisamment évocateurs pour que soit posée une indication à réintervenir.

Compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique (Dr MAILLET) :

Macroscopiquement, l'utérus est de très petite taille avec une cavité à contenu d'aspect purulent. Les différents prélèvements effectués montrent une zone

endo-cervicale dont l'épithélium est abrasé. Le chorion sous-jacent est revêtu par un caillot fibrino-cruorique. Il existe une inflammation lympho-plasmocytaire et à polynucléaires. Les vaisseaux sanguins présentent de nombreuses altérations notamment une hyalinose des parois. L'endomètre lui-même est totalement abrasé et la cavité est remplacée par un magma purulent sous lequel on trouve une hyalinose extrêmement marquée. Les ovaires sont de petite taille avec une corticale mince avec de rares follicules primaires et des cicatrices de corps jaune. Les trompes ne présentent pas d'anomalies notables.

La formation rétro-ligamentaire est constituée par un caillot fibrino-cruorique plus ou moins limité en périphérie par une coque faite d'un tissu hyalinisé riche en fibres collagènes et infiltré de polynucléaires, de lymphocytes et de plasmocytes.

En conclusion il s'agit d'une endométrite ulcérante.

A son retour à l'hôpital Claude Bernard, la malade présente à nouveau, le 25 juin, un clocher thermique et des douleurs thoraciques : elle continue à recevoir 12 grammes de Flabelline, I gramme de Kanamycine et de l'Héparine.

Le 29 la fièvre persiste à 40°6 avec frissons, altération de la conscience fait d'un mélange d'apathie et d'aggressivité. En raison de l'importance des troubles digestifs associés on évoque la possibilité d'une intolérance à la Flabelline que l'on remplace par 5 millions de Colimycine alors qu'une hémoculture revient positive à Klebsiella. Parallèlement on découvre une parotidite et une infection urinaire à Klebsiella qui cèdera rapidement au traitement.

Cependant si après de nouveaux clochers thermiques la température se stabilise finalement au-dessous de 37° aucune explication satisfaisante n'est trouvée à l'hypotension artérielle qui se maintient au voisinage de 9 de maxima, aux troubles psychiques avec apathie extrême, aux altérations électrocardiographiques avec ondes T négatives dans toutes les dérivations. La possibilité d'un syndrome de Sheehan est évoqué d'autant que la spoliation sanguine a été importante lors de la césarienne, qu'il existe une discordance entre le contexte clinique et les manifestations infectieuses initiales.

OBSERVATION N° 12

Madame BOU... Denise, âgée de 28 ans, est une seconde pare dont la grossesse est suivie de façon très irrégulière par son médecin en ville. Très rapidement, au 8è mois, alors que la tension artérielle aurait été normale jusqu'alors sans protéinurie ni prise de poids excessive, apparaissent des céphalées intenses avec asthénie puis installation brutale le 5 mars 1966 d'un tableau typique d'éclampsie. La malade est alors admise en urgence à la Maternité de l'hôpital Tenon (Service du Professeur Agrégé E. HERVET). Il existe alors une obnubilation intense avec amaurose bilatérale, protéinurie massive et hypertension artérielle à 17/10. Devant ce tableau une césarienne est immédiatement entreprise d'autant que l'enfant est vivant. La césarienne segmentaire transversale conduit à l'extraction d'une fille vivante, criant aussitôt, pesant 2 780 grammes.

Progressivement l'obnubilation rétrocède, l'amaurose fait place à une vision normale le 7 mars.

Mais le 10, cinq jours après la césarienne, apparait un coma brutal avec hémiplégie gauche. C'est alors que la malade est transférée dans le service du professeur RICHET.

On note alors (Professeur Agrégé AMIEL) outre le tableau neurologique réalisé par l'hémiplégie, qu'il existe deux masses latéro-utérines en forme de croissant de part et d'autre de l'utérus, un volumineux hématome pariétal ainsi qu'une anémie à 1 260 000 et une hypertension artérielle à 17/10. On évoque alors la possibilité d'une fibrinolyse et on entreprend un traitement comportant des transfusions de sang et des perfusions d'Hémocaprol et de Zymofren.

Le 12 mars apparait un oedème aigu pulmonaire alors que progressivement la diurèse baisse avec élévation de l'azotémie et de la kaliémie. Ce double problème cardio-vasculaire et pulmonaire d'une part, néphrologique d'autre part, conduit le jour même à recourir à l'intubation avec respiration assistée et à l'épuration extra-rénale. Quant au problème gynécologique il passe au second plan et bien que les lésions persistent, on décide de surseoir à toute réintervention.

Le I3 mars, la température jusqu'alors sub normale s'élève à 40° avec collapsus; plusieurs hémocultures sont immédiatement mises en route. Il n'y a pas la moindre modification dans l'examen gynécologique et l'on maintient le diagnostic d'hématome pré et latéro-utérin. Devant le tableau réalisé on évoque la possibilité de défribrination. Encore une fois on décide de surseoir au traitement chirurgical et l'on a recours à un traitement comportant 4 ampoules de Zymofren, 2 grammes de Solnicol, 8 grammes de Flabelline, 3 grammes de Négram, plusieurs transfusions et 3 séances de rein artificiel que l'état urinaire avec oligo-anurie, hyper-azotémie et hyperkaliémie vient justifier.

Le 15 mars l'état clinique reste inchangé; bien plus il s'aggrave par l'apparition d'un syndrome hémorragique avec hématémèse, moelona, métrorragies et hématuries nécessitant onze flacons de sang pour maintenir l'hématocrite à 36 %.

Cet état persiste jusqu'au 22 mars, date à laquelle alors que l'hémiplégie régresse, la malade meurt dans un tableau hyperthermique (mais les diverses hémocultures restent toujours négatives) avec anurie et tachycardie ventriculaire.

A l'autopsie, on constate que la paroi antérieure de l'utérus est le siège d'une nécrose au niveau de la zone d'hystérotomie formant une poche qui communique avec la cavité utérine; il existe un volumineux abcès latéro-utérin gauche intéressant la totalité de la trompe et du ligament large avec thrombose du pédicule lombo-ovarien qui apparait infarci.

En conclusion chez cette femme de 28 ans, une crise d'éclampsie avec enfant vivant conduit à pratiquer une césarienne dont les suites sont troublées par l'apparition d'un syndrome moteur déficitaire avec insuffisance rénale, décharges bactériémiques et manifestations hémorragiques; ce tableau semble la conséquence d'un foyer de thrombose cliniquement évident mais interprété à tort comme un hématome post-opératoire. L'intervention chirurgicale, à plusieurs reprises repoussée , eut certainement été indiquée.

OBSERVATION N° 13 (obligeamment communiquée par le Professeur Agrégé AMIEL)

Madame COT... Madeleine, est adressée le 27 juin I966 au Professeur Agrégé RICHET pour une insuffisance rénale survenant dans les suites d'une césarienne.

En effet cette troisième pare dont la grossesse dès le premier trimestre avait été marquée par l'existence d'une hypertension artérielle avec oedèmes et protéinurie, a subi en ville le I7 juin I966 une césarienne au terme de six mois pour un état pré-éclamptique avec tensicn à 24/18, protéinurie à I0 grammes et amaurose. Cette césarienne segmentaire transversale permet l'extraction d'un foetus araignée. La brèche utérine est suturée en trois plans, la paroi en deux plans après drainage.

Pendant cinq jours les suites opératoires seront simples mais le sixième jour une fièvre s'installe à 39° avec syndrome occlusif et écoulement d'un liquide sanglant et nauséabond par l'orifice de drainage.

Aussi le 23 juin intervient-on à nouveau dans la crainte de laisser évoluer un lachage de suture au niveau de l'hystérotomie. Mais, hormis une distension intestinale intéressant aussi bien le colon que les anses grêles et un liquide louche dans la cavité péritonéale, l'utérus est normal et la cicatrice non désunie. On décide donc de fermer la paroi sans avoir recours à une hystérectomie.

Malgré les antibiotiques et la réanimation post-opératoire, la diurèse reste basse avec une élévation de l'azotémie à I,95 gramme ; les phénomènes sub-occlusifs persistent et la fièvre rst à 39° avec frissons, âtération de l'état général, mais sans splénomégalie; on décide alors de transférer la malade, en raison du double problème médical et chirurgical en milieu hospitalier.

A l'entrée, l'examen clinique (Professeur Agrégé AMIEL), outre les signes énoncés, découvre une tension artérielle à 15/9, une ascite associée au météorisme abdominal; l'examen gynécologique parait normal; on admet cependant qu'il existe un foyer utérin responsable d'une occlusion par agglutination d'anses et d'une septicémie à germe Gram négatif. En raison de l'altération de l'état général on suseoit dans l'immédiat à toute nouvelle intervention et la malade est mise sous

- la survenue d'embolies le plus souvent pulmonaires constitue un argument en faveur de l'intervention chirurgicale d'autant qu'on risque à tout moment de voir survenir des localisations viscérales dont le siège est susceptible de rendre vain tout acte chirurgical

- cependant l'existence de métastases septiques ne saurait être exigée pour qu'une décision opératoire soit prise; l'absence d'embolies n'est pas une contre-indication à la chirurgie.

3°) La présence éventuelle de signes pelviens.

Classiquement la phlébite des veines pelviennes se traduit par la perception d'un cordon pariétal, latéro-utérin, douloureux, parfois bilatéral, souvent en fait unilatéral et dont la constatation dans le contexte clinique revêt une grande importance (obs n° 4). En réalité il importe de nuancer cette notion classique :

- la constatation de l'induration veineuse est fonction du siège de la veine thrombosée : il est en effet des segments veineux qui échappent, de par leur topographie, à l'examen clinique de sorte que la constatation du cordon veineux n'a rien de constant et, nous le reverrons, un examen gynécologique normal peut aller de pair avec la découverte opératoire d'une thrombo-phlébite pelvienne.

- à l'inverse la découverte d'un cordon latéro-utérin ne signe pas obligatoirement la phlébite pelvienne et l'observation n° 6 en fournit l'illustration : à deux reprises le diagnostic fut porté devant l'existence de ce signe : à la laparotomie l'appareil génital était normal.

Mais bien souvent il faudra s'appuyer sur des signes moins évocateurs et nombreuses sont nos observations où l'examen découvre un col ouvert, un utérus peu mobile, des culs-de-sac latéraux comblés de masses uni-ou bi-latérales autant de signes non seulement peu évocateurs mais encore trompeurs et pouvant faire errer le diagnostic.

Ailleurs encore, l'examen gynécologique s'avère strictement normal avec un abdomen dépressible, un utérus petit, mobile et indolore, des paramètres souples.

drainage et au niveau de la paroi. Parallèlement la malade est en plein collapsus malgré 400 milligrammes d'hémisuccinate d'hydrocortisone; sa diurèse reste basse (250 millilitres) avec une urée sanguine à 4,35 grammes par litre imposant une nouvelle séance d'épuration extra-rénale.

Le II juillet un important moelona, la persistance du collapsus préludent à l'exitus.

En conclusion, il s'agit d'une troisième pare de 39 ans chez laquelle l'apparition d'un syndrome pré-éclamptique impose une césarienne au terme de six mois. Au sixième jour de l'intervention l'existence d'un syndrome infectieux et occlusif, l'issue de liquide par la paroi conduit à réintervenir : la bonne qualité de la cicatrice incite à ne pas faire d'hystérectomie. Quatre jours après cette réintervention le tableau clinique n'a fait que s'aggraver par l'installation d'un état septicémique à germes gram négatifs , d'une insuffisance rénale à diurèse conservée. L' échec du traitement médical intensif conduit après cinq jours d'hospitalisation à entreprendre une troisième intervention qui révèlera outre une péritonite purulente une désunion de la cicatrice d'hystérotomie et une thrombose veineuse conduisant à l'hystérectomie totale. Malgré la poursuite du traitement antibiotique et une réanimation intensive, l'état septicémique persiste s'accompagnant de manifestations hémorragiques, d'une persistance de l'insuffisance rénale en dépit de séances d épuration extra-rénale, d'un collapsus et la malade meurt quatre jours après la dernière intervention dans un tableau d'hémorragie et de collapsus.

Observations	Circonstances étiologiques	Intervalle entre le début clinique et	Traitemt avant hospitalisat.	Germes	Examen Gynécologique	Siège des embolies	Signes associés	Traitement médical en cours d'hospitalisation	Durée du traitement médical initial	Traitement chirurgical	Constatations per-opératoires	Examen anatomo-pathologique	Suites opératoires	Résultat final
n°1 BEN..	Avortement provoqué	5 jours	Curetage Pénicilline Strepto.	Ristella pseudo-insolita	Masses latéro-utérines	Poumons		Pénicilline Flabelline Chloromycétine	8 jours	Hystérectomie totale Annexectomie Ligature VCI	Gros utérus Annexe droite infarcie	Thrombo-phlébite suppurée utéro-annexielle	Echec de la chirurgie Recours à la tétracycline et l'érythromycine	Echec de la chirurgie Guérison obtenue grâce aux antibiotiques.
n°2 BOUA..	Post-partum Forceps Révision utérine	8 jours	Antibiot.	Ristella pseudo-insolita Colibacille	Infiltration du paramètre droit	Poumons		Streptomycine Pyostacine Totagen Hexacycline	10 jours	Hystérectomie totale Annexectomie bilatérale, Ligature VCI	Thrombose suppurée extensive de la VCI Infiltration pédicule lombo-ovarien droit	Thrombo-phlébite bilatérale	Echec "technique" de la chirurgie, Nouvelles embolies	Echec de la chirurgie du fait de l'extension veineuse. Guérison grâce aux antibiotiques.
n°3 FOU	Avortement provoqué	7 jours	Curetage Pénicilline Streptomyc.	Staphylo-coque	Blocage du pteit bassin	0	Choc	Pénicilline Flabelline Colimycine Hydrocortisone	3 jours	Hystérectomie bilatérale, Annexectomie bilatérale	Infarcissement des pédicules lombo-ovariens	Thrombo-phlébite extensive staphylo-coccique	Amélioration après la chirurgie	Guérison après poursuite de l'antibiothérapie
n°4 THIE	Avortement spontané Délivrance artificielle	5 jours	Pénicilline Streptom. Kanamycine	Staphylo-coque	Cordon latéro-utérin droit	0		Flabelline Kanamycine	4 jours	Hystérectomie totale Annexectomie bilatérale Ligature VCI	Pyosalpinx D Induration du pédicule lombo-ovarien droit	Pyosalpinx et thrombo-phlébite à prédominance droite	Apyrexie.	Succès de la chirurgie
n°5 BLAN..	Avortement provoqué	7 jours	Curetage Pénicilline Strepto.	Staphylo-coque	Normal	Poumons		Kanamycine Pyostacine	11 jours	Hystérectomie totale Annexectomie bilatérale Ligature VCI	Utérus et annexes sains	Annexes saines	Répétition des embolies pulmonaires	Echec de la chirurgie mais était-elle indiquée ? Guérison sous antibiotiques.
n°6 HUG..	Avortement provoqué	12 jours	Curetage Pénicilline Streptom.	Staphylo-coque	Cordon entéro-utérin droit	Poumons, rate, foie, reins, coeur		Pénicilline Colimycine Tifomycine Flabelline Héparine	16 jours	Ligature VCI	Utérus et annexes sains		Aucune amélioration	Exitus Traitement chirurgical trop tardif
n°7 LAS.	Avortement provoqué	1 mois	Curetage Pénicilline	Staphylo coque	Normal	Poumon		Flabelline Solnicol Pyostacine Vancomycine Kanamycine Héparine	12 jours	Hystérectomie totale sans annexectomie	Utérus et annexes sains	Utérus normal	Aucune amélioration Guérison par les antibiotiques	Echec de la chirurgie
n°8 BUF.	Avortement provoqué	1 mois	Curetage Pénicilline Streptom.	Staphylo-coque	Gros utérus douloureux peu mobile Masse latéro-utérine	Poumons coeur		Flabelline Colimycine Kanamycine Staphylomycine	10 jours	Hystérectomie totale, Annexectomie bilatérale	Utérus et annexes sains	Thrombose du myomètre	Persistance du syndrome infectieux	Exitus
n°9 SAV	Avortement provoqué	5 sem.	Antibiot.	Staphylo-coque	Normal	Poumons		Kanamycine Vancomycine Héparine	6 sem	Laparotomie exploratrice	Utérus et annexes sains		Persistance du syndrome infectieux	Guérison sous antibiotiques
n°10 WEI..	Avortement provoqué	1 jour		germe non précisé	Normal	0		Pénicilline Tifomycine Flabelline	18 jours	Laparotomie exploratrice	Utérus et annexes sains		Intolérance à la Flabelline	Guérison à l'arrêt du traitement antibiotique
n°11 MAR	Césarienne	6 sem.	Terramyc. Pénicilline Colimycine	0	Gros utérus douloureux, Sensibilité du cul de sac gauche	0	Synd. de Shechan	Solnicol Kanamycine Pénicilline Flabelline Héparine	15 jours	Hysterectomie totale, Annexectomie bilatérale	Désunion de la cicatrice d'hystérotomie	Endométrite	Persistance du syndrome infectieux	Guérison après hystérectomie et maintien de l'antibiothérapie
n°12 BOU.	Césarienne	5 jours	0	Germe Gram neg.	Deux masses latéro-utérines	0	Insuffisance rénale, Syndrome hémorrag.	Solnicol Flabelline Négram Rein artificiel		0		Abcès latéro utérin gauche. Thrombose du pédicule lombo-ovarienG		Exitus
n°13 COT.	Césarienne	5 jours	Laparotomie exploratrice	Gram négatif	Normal		Insuffisance rénale, Syndrome Hémorrag.	Flabelline Colimycine Solnicol Corticoïdes Rein artificiel	7 jours	Hystérectomie totale, Annexectomie bilatérale	Péritonite purulente, Disunion de la cicatrice d'hystérotomie		Aggravation du tableau clinique	Chirurgie trop tardive Exitus

L'étude de ces diverses observations cliniques n'est pas sans rappeler celles qui, avant l'avènement des antibiotiques, aboutissaient à un geste d'exérèse ou de ligature veineuse.

Ainsi, de nos jours encore, malgré la prolifération des antibiotiques, certaines septicémies génitales nous ont paru devoir relever de la chirurgie.

Si elle fut salutaire et même indispensable dans certains cas, elle fut discutable, voire inutile, dans d'autres, aussi est-il essentiel de connaître les éléments qui serviront d'arguments à l'intervention ainsi que ceux qui viendront guider l'attitude thérapeutique.

LES ARGUMENTS DE LA DECISION OPERATOIRE

L'existence d'une septicémie génitale ne constitue pas en soi une indication à intervenir. La plupart de ces septicémies relèvent du seul traitement antibiotique, une minorité nécessite le complément d'un geste chirurgical.

Sur quels critères se fonder pour décider de ce dernier, c'est ce que nous allons envisager.

Trois ordres de signes constituent, à nos yeux, des arguments conduisant à la décision opératoire :

- la persistance de l'état septicémique en dépit du traitement médical bien conduit;
- la survenue éventuelle et à fortiori la répérition d'embolies septiques;
- l'existence possible, enfin, de signes pelviens témoignant de l'existence d'une thrombo-phlébite.

autant d'arguments qui se groupent de diverses façons pour réaliser des tableaux cliniques variables.

1°) La persistance de l'état septicémique malgré le traitement antibiotique constitue un argument clinique qui fait intervenir deux éléments déterminants et liés ensemble quant à la décision thérapeutique : le facteur temps et l'inefficacité du traitement antibiotique.

a) Le temps écoulé depuis le début des troubles et surtout depuis le début du traitement constitue un facteur non négligeable.

Pour la plupart des malades en effet le traitement médical se déroule en trois phases successives. Dans un premier temps, la thérapeutique est conduite au domicile de la malade ou en clinique; elle est en règle inadaptée et notoirement insuffisante. La durée de cette période est variable allant de trois jours (obs 1 et 2) à un mois (obs 8). Son échec et l'aggravation concomittante du tableau clinique conduiront à l'hospitalisation. Ce n'est qu'alors, après une période intermédiaire de durée variable, mais habituellement courte, que la malade recevra enfin un traitement adapté grâce aux données de l'antibiogramme et plus particulièrement aux données de l'étude du pouvoir bactéricide.

Dans toutes nos observations c'est la durée de cette dernière période qui est entrée en ligne de compte pour affirmer la persistance d'un état septicémique et pour servir d'argument à une décision opératoire. Avec des limites extrêmes de six jours (obs 5) et de douze jours (obs 6 et 7) nous admettons que le traitement médical doit pouvoir faire ses preuves dans un laps de temps qui ne doit pas excéder notablement dix jours. Dans deux cas cependant (obs 3 et 4) nous avons été amené à intervenir plus tôt en raison de l'état général alarmant que présentait la malade; nous estimons d'ailleurs qu'en l'occurence l'intervention permit, sinon de sauver ces malades, tout au moins de leur faire passer un cap difficile.

Cette période d'une dizaine de jours de traitement médical l'a rien d'arbitraire dans son choix : on pourrait, en effet, nous faire le reproche d'intervenir trop tôt avant que les antibiotiques n'aient fait totalement leurs preuves; la pratique révèle en fait, que si les antibiotiques n'agissent pas aux doses usitées dans un délai assez court, c'est qu'ils seront toujours inefficaces et qu'en l'occurence intervenir plus tard c'est risquer d'intervenir trop tard, l'évolution risquant de se faire vers la constitution de métastases septiques dont certaines, notamment cardiaques, restent au-dessus de nos possibilités thérapeutiques.

b) Quant à la qualité de l'antibiothérapie, c'est-à-dire la nature des antibiotiques employés, elle ne saurait être mise en cause que si l'on ne dispose pas d'un antibiogramme. Sa pratique a été exceptionnelle pour les thérapeutiques mises en route avant l'hospitalisation des malades. Par contre, à l'exception de deux de nos observations, un antibiogramme a toujours été obtenu pour nos malades. Cet examen nous a permis d'instaurer une antibiothérapie rationnelle et nous n'avons

pris de décision opératoire que lorsqu'il y avait échec d'une antibiothérapie non pas aveugle mais adaptée aux données fournies par le laboratoire.

En conclusion nous considérons que le traitement médical a fait la preuve de son inefficacité et doit inciter à intervenir lorsque le syndrome septicémique résiste plus de dix jours à un traitement antibiotique massif et adapté, laps de temps en fait variable et fonction de chaque cas.

2°) La survenue de métastases septiques

Elles peuvent être de siège très variable, comme c'est le fait de toute septicémie, mais il nous semble nécessaire d'opposer les embolies pulmonaires aux autres métastases septiques, en raison de la menace que certaines de ces dernières font peser sur le pronostic vital.

Les embolies pulmonaires n'ont pas une traduction univoque. Il en est vers lesquelles l'attention sera attirée par l'apparition d'un point de côté, d'une sensation d'oppression thoracique ou d'angoisse, quelques quintes de toux; la découverte d'un foyer de râles, d'un frottement pleural à une base revêt autant d'importance que la survenue d'un crachat hémoptoïque. Aucun de ces signes ne doit être négligé, chacun d'entre eux pouvant constituer un argument de poids dans la discussion thérapeutique. Mais ces signes peuvent manquer ou passer inaperçus, et c'est l'examen radiologique, qu'il faudra donc répéter en cours d'évolution, qui conduira au diagnostic en révélant une opacité floue, le comblement d'un cul-de-sac pleural voire même déjà une image d'abcédation; malheureusement l'expression radiologique d'une embolie pulmonaire est tardive par rapport à la clinique et quelques jours peuvent suffire pour bouleverser les données initiales, laisser apparaître d'autres métastases et de ce fait parfois laisser passer la chance de sauver la malade.

En effet si la localisation pulmonaire des métastases est la plus fréquente il en est d'autres, en particulier cardiaques, dont la survenue va peser lourdement sur l'avenir : si l'abcès pulmonaire reste à la portée de la thérapeutique, il en va tout autrement d'une atteinte endocarditique.

Ainsi peut-on conclure en disant que :

- la survenue d'embolies le plus souvent pulmonaires constitue un argument en faveur de l'intervention chirurgicale d'autant qu'on risque à tout moment de voir survenir des localisations viscérales dont le siège est susceptible de rendre vain tout acte chirurgical

- cependant l'existence de métastases septiques ne saurait être exigée pour qu'une décision opératoire soit prise; l'absence d'embolies n'est pas une contre-indication à la chirurgie.

3°) La présence éventuelle de signes pelviens.

Classiquement la phlébite des veines pelviennes se traduit par la perception d'un cordon pariétal, latéro-utérin, douloureux, parfois bilatéral, souvent en fait unilatéral et dont la constatation dans le contexte clinique revêt une grande importance (obs n° 4). En réalité il importe de nuancer cette notion classique :

- la constatation de l'induration veineuse est fonction du siège de la veine thrombosée : il est en effet des segments veineux qui échappent, de par leur topographie, à l'examen clinique de sorte que la constatation du cordon veineux n'a rien de constant et, nous le reverrons, un examen gynécologique normal peut aller de pair avec la découverte opératoire d'une thrombo-phlébite pelvienne.

- à l'inverse la découverte d'un cordon latéro-utérin ne signe pas obligatoirement la phlébite pelvienne et l'observation n° 6 en fournit l'illustration : à deux reprises le diagnostic fut porté devant l'existence de ce signe : à la laparotomie l'appareil génital était normal.

Mais bien souvent il faudra s'appuyer sur des signes moins évocateurs et nombreuses sont nos observations où l'examen découvre un col ouvert, un utérus peu mobile, des culs-de-sac latéraux comblés de masses uni-ou bi-latérales autant de signes non seulement peu évocateurs mais encore trompeurs et pouvant faire errer le diagnostic.

Ailleurs encore, l'examen gynécologique s'avère strictement normal avec un abdomen dépressible, un utérus petit, mobile et indolore, des paramètres souples.

C'est alors qu'il faut savoir donner toute son importance aux signes indirects de participation pelvienne que constituent la difficulté à la miction, la douleur à l'émission des gaz et des matières avec ténesme rectal, signes eux aussi inconstants.

Il nous parait donc important d'insister sur le fait que la négativité de l'examen gynécologique ne va pas à l'encontre du diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne : dans l'observation n° 13 la péritonite purulente et l'infiltration des pédicules veineux ne sont découvertes qu'à l'intervention alors que l'examen gynécologique était normal.

Devant ces réserves et parfois même devant ces discordances, il nous semble donc naturel de souligner que :

- la constatation de signes pelviens ne constitue pas en elle-même une indication opératoire. Ces signes ne revêtent de valeur dans la discussion qu'associés à la persistance du syndrome septicémique; ils peuvent effectivement être isolés, ce qui est assez fréquent dans le post-partum et le post-abortum : ils sont alors en règle accessibles au seul traitement médical et ne peuvent de ce fait justifier à eux-seuls l'intervention chirurgicale.

- l'absence de signes pelviens ne permet pas, inversement, de rejeter l'intervention; c'est la persistance du syndrome infectieux, la répétition des embolies qui constitueront alors les véritables arguments opératoires.

Ainsi sera-t-on souvent amené à proposer la laparotomie exploratrice : elle revêt effectivement une grande importance dans la discussion diagnostique lorsqu'une discordance existe entre le contexte septicémique et les données de l'examen gynécologique. Mais si bien souvent elle permet de trancher; il est des cas dont l'interprétation reste difficile et où parfois seule la section des pédicules objective la phlébite; bien plus (observation n° 8) ce n'est parfois que l'examen anatomo-pathologique de la pièce qui permettra de l'affirmer.

ATTITUDES THERAPEUTIQUES

Les trois ordres d'éléments que nous venons de passer en revue et qui entrent en ligne de compte dans la discussion thérapeutique groupent des arguments plus ou moins constants et de valeur inégale, réalisant des tableaux cliniques variables devant lesquels la décision à prendre ne peut être univoque.

Faut-il intervenir et dans l'affirmative que faut-il faire, ce sont là des problèmes que nous envisagerons maintenant.

A/ Il est des cas où la persistance de l'état septicémique malgré un traitement médical correct et adapté à l'existence de signes pelviens de localisation plaident en faveur de l'intervention, où les constatations per-opératoires viennent confirmer l'impression clinique et où la guérison couronne de succès l'acte chirurgical.

Deux de nos observations viennent illustrer une telle attitude (observations 3 et 4).

Dans ces deux observations de septicémie post-abortum à staphylocoque, l'indication opératoire s'est fondée sur l'inefficacité du traitement antibiotique adapté aux données de l'antibiogramme et poursuivi suffisamment longtemps pour que l'on puisse perdre raisonnablement tout espoir d'amélioration par ce seul traitement. Cette période a été relativement courte : trois jours dans un cas, quatre dans l'autre; d'emblée, en effet, l'altération de l'état général imposait une intervention dans les plus brefs délais.

Dans les deux cas existaient des signes pelviens locaux ; évocateurs de thrombo-phlébite pelvienne dans un cas (obs 4) ils restaient suffisamment évocateurs dans le second pour justifier l'acte chirurgical.

Par contre chez aucune de ces malades n'étaient apparues de métastases septiques.

L'intervention chirurgicale dans ces deux cas est venue confirmer le diagnostic en montrant l'infarcissement des annexes avec thrombose veineuse en particulier des pédicules lombo-ovariens.

La guérison est survenue après hystérectomie totale avec annexectomie, complétée dans un cas par une ligature de la veine cave inférieure que justifiait l'extension en hauteur de la thrombose sur le pédicule lombo-ovarien.

En conclusion, on se trouve ici devant des septicémies rebelles à un traitement médical prolongé et bien adapté, avec des signes locaux pelviens mais sans métastases septiques : il s'agit là de cas idéaux pour lesquels on peut raisonnablement escompter une guérison complète de la septicémie après l'acte chirurgical.

Mais quel doit être ce dernier ?

Il comporte en premier lieu un bilan complet des lésions et celles-ci apparaissent évidents.

Un liquide séreux peut occuper le cul-de-sac de Douglas, l'utérus est gros, plus que ne le veut l'âge de l'accouchement ou de l'avortement, mal involué; de coloration en règle normale, il est parfois oedématié et peut porter les empreintes des anses grêles. Les annexes sont d'aspect variable : tantôt saines, tantôt porteuses de lésions plus ou moins importantes allant de l'hyperhémie tubaire à la collection purulente avec souvent de gros ovaires infarcis. A travers le ligament large dont l'aspect peut être apparemment normal mais qu'il faudra déplisser ou au contraire qui est tuméfié, oedématié, de coloration lilas, l'examen des pédicules veineux révélera la thrombose : ces pédicules sont anormalement gros, étalés, élargis parfois comme "deux travers de doigts". La palpation en précisera le caractère induré, les veines roulant entre les doigts à la manière d'un crayon. Il importe de rechercher le degré d'extension de cette thrombose qui parfois remonte très haut vers la région lombaire.

Lors de la section de ces éléments veineux qui peuvent par ailleurs poser des problèmes quant à leur ligature en raison de la friabilité des tissus, il n'est

pas rare de voir saillir hors de la lumière vasculaire des thrombi, voire une goutte de pus.

Une fois ce bilan effectué, quelle intervention proposer ?

Devant de telles lésions, sachant par ailleurs l'existence de thromboses latentes des veines du myomètre, il n'est pas possible de se contenter d'interventions limitées à type d'annexectomie ou de ligature veineuse et c'est l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, l'exérèse devant porter haut sur le ligament lombo-ovarien, qui s'avère être la seule intervention logique. L'importance des réactions inflammatoires constitue théoriquement une gêne à la dissection des éléments à enlever en raison notamment de la proximité des uretères; une grande prudence sera donc de mise encore que, dans les observations rapportées, les difficultés techniques se soient avérées réduites.

A côté de l'hystérectomie qui apparait comme l'intervention de base peut se poser le problème de la ligature veineuse. Il ne s'agit plus des ligatures limitées proposées par SIPPEL, JEAN-LOUIS FAURE ou JEANNIN, auteurs pour lesquels la ligature ne devait porter que sur la thrombose cliniquement évidente au risque de méconnaître les thromboses du myomètre, mais de la ligature de la veine cave inférieure. Elle fut réalisée dans une des deux observations rapportées en raison de l'extension de la thrombose sur les pédicules lombo-ovariens. Mais dans le cadre envisagé elle ne trouve pas, nous semble-t-il, sa véritable indication : se voulant un geste de sécurité supplémentaire, elle nous semble plutôt indiquée lorsqu'existent des métastases septiques, ce que nous envisagerons ultérieurement avec cependant un certain nombre de réserves.

Pour nous résumer, lorsque la septicémie résiste plus d'une dizaine de jours à un traitement antibiotique massif, adapté aux données de l'étude du pouvoir bactéricide lorsqu'existent des signes pelviens plus ou moins évocateurs de thrombo-phlébite pelvienne, l'intervention chirurgicale est la seule attitude logique; l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale au besoin complétée par une ligature de la veine cave inférieure s'impose avant que n'apparaissent des embolies septiques dont certaines par leur localisation risquent d'échapper à toute thérapeutique Grâce à ce geste chirurgical, auquel naturellement l'antibiothérapie continuera d'être associée, la guérison a des chances de survenir rapidement.

Mais à l'inverse, l'absence de signes pelviens au cours d'une septicémie ne doit pas faire pour autant rejeter à priori l'intervention. Une intervention exploratrice peut effectivement être justifiée pour vérifier des segments veineux dont la thrombose, cliniquement latente, ne pourra être objectivée qu'à ventre ouvert.

Nous estimons qu'une place à part doit être faite aux septicémies d'origine génitale, s'accompagnant d'un état de choc concomittant : l'expérience nous a montré en effet que le geste chirurgical s'impose d'emblée, sans plus attendre, visant à la suppression rapide du foyer pelvien. Ce geste, dans l'observation n° 3, nous a permis de redresser dans l'immédiat une situation dramatique, la guérison apparaissant secondairemeny par poursuite de l'antibiothérapie. Par contre dans deux autres cas (observations n° 12 et 13) où un état de choc et une insuffisance rénale accompagnaient la septicémie, le geste chirurgical fut trop tardif et l'évolution mortelle.

B/ Il est d'autres cas où le syndrome septicémique s'enrichit de la survenue voire de la répétition de métastases septiques.

C'est dans ces formes que les difficultés du diagnostic et de la décision thérapeutique surgissent.

Il est en effet extrêmement difficile de faire, dans le syndrome infectieux, la part de ce qui revient à la septicémie elle-même et de ce qui revient aux embolies; il peut être extrêmement délicat quelles que soient les données de l'examen clinique, d'affirmer que le foyer pelvien est stérile ou au contraire qu'il existe des zones de thrombose suppurées continuant à essaimer. Or il est capital de savoir ce qui revient au foyer initial et aux métastases qui en émanent; il est tout aussi capital de savoir si la métastase rencontrée restera unique ou si d'autres ne viendront pas se détacher d'une thrombo-phlébite pelvienne latente, ces dernières pouvant compromettre à jamais par certaines de leurs localisations, le pronostic vital de la malade. Aussi est-il essentiel d'être parfaitement renseigné sur le foyer pelvien.

Nous avons déjà souligné le fait que les données de l'examen gynécologique pouvaient prêter à discussion, que les signes rencontrés n'avaient rien de pathognomoniques, bien plus que la négativité de ce bilan ne permettait en rien d'éliminer

avec certitude la thrombose veineuse; seule la laparotomie exploratrice pourra répondre à ces questions.

L'existence de signes pelviens légitimes cette décision, leur absence ne permet pas de rejeter formellement l'intervention.

Ce sera donc à ventre ouvert, sur les données du bilan per-opératoire, que le diagnostic sera confirmé ou infirmé et que la décision thérapeutique sera prise.

1°) La laparotomie révèle l'existence d'une thrombophlébite pelvienne, ce diagnostic reposant sur la séméiologie per-opératoire, que nous avons précédemment envisagée.

On peut donc sur cette découverte et la persistance, malgré le traitement médical correctement conduit, du syndrome septicémique, penser que persiste un foyer pelvien encore évolutif (obs 1 et 2) : l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, supprimant le point de départ des embols septiques, semble alors être justifiée.

Mais nous estimons également que c'est dans ces formes que l'indication d'une ligature de la veine cave inférieure pourrait se discuter. Nous avons en effet déjà souligné le fait que la thrombose pelvienne pouvait remonter très haut : il ne suffira donc pas de se contenter de la suppression du foyer utérin initial, encore faut-il lier les prolongements veineux qui le draine, parfois eux aussi thrombosés et en tout cas vecteurs des embols.

Mais si la ligature se justifie en théorie, elle peut paraître illogique sur le plan anatomique et excessive car non dépourvue de séquelles éventuelles.

En effet les veines lombo-ovariennes à droite se rendent à la veine cave inférieure à hauteur de la veine rénale; à gauche elles se rendent à la veine rénale. Aussi, lorsqu'il s'agit d'une thrombose isolée du pédicule lombo-ovarien droit, la ligature de la veine cave inférieure s'avère nécessaire; par contre, s'il existe une thrombose du pédicule gauche, la ligature isolée de ce dernier pourrait se justifier en respectant la veine cave, à la condition que celle-ci ne soit pas envahie par la thrombose.

En réalité il est difficile de connaître la hauteur exacte de l'extension prise par la thrombose : l'observation n° 2 en est l'illustration. Chez cette femme qui présentait une thrombose suppurée du pédicule lombo-ovarien droit, la dissection de celui-ci poursuivie très haut, au-delà de la région thrombosée cliniquement perceptible, puis sa ligature complétée par une ligature de la veine cave inférieure, n'a pas empêché la survenue et la répétition d'embolies pulmonaires et la persistance d'hémocultures positives liées au maintien d'un segment veineux thrombosé au-dessus de la ligature. C'est une explication identique que l'on peut avancer dans l'observation n° 1 déjà rapportée, avec persistance d'hémocultures après ligature de la veine cave inférieure à moins qu'il n'y ait eu essaimage à partir d'un foyer métastatique pulmonaire.

Ainsi une ligature veineuse, même très haute, ne donne pas toujours une sécurité absolue et ne met pas toujours à l'abri de récidives emboliques.

Quant aux troubles possibles secondaires à une ligature veineuse, si nous n'en n'en avons pas rencontrés pour notre part, hormis dans certains cas un discret oedème des membres inférieurs, ils n'en sont pas moins connus et susceptibles de survenir. STEVENS; KNOX-FITZPATRICK et collaborateurs rapportent 41 observations de ligatures motivées par la répétition d'embolies sur phlébite, dans 8 cas survint une thrombose des éléments veineux voisins de la veine cave inférieure, dans 4 cas les embolies récidivèrent. Surtout les séquelles apparaissent fréquentes : dans 20 cas des oedèmes des membres inférieurs, quelles que soient les précautions prises mais leur disparition est quasi constante dans les 2 à 3 ans qui suivent; dans 3 cas des crampes musculaires furent notées, dans 2 une claudication douloureuse intermittente, dans 1 cas enfin une ulcération cutanée de la jambe.

NABSETH et MORAN pour leur part, sur 71 ligatures de veine cave inférieure constatent 7 décès par répétition des embols; les séquelles sont tout aussi fréquentes : 40 % d'oedèmes, 5 % d'ulcérations cutanées.

Cet ensemble de raisons : caractère illogique de l'intervention en raison de considérations anatomiques, impossibilité de connaître le degré exact d'extension de la thrombose veineuse, possibiliré d'échec, pourcentage non négligeable de séquelles nous fait émettre des réserves sur l'efficacité réelle de la ligature veineuse.

Mais celle-ci étant en règle envisagée chez des sujets dont l'affection fait courir un risque mortel, il peut paraître utile d'ajouter à l'exérèse du foyer pelvien ce geste de sécurité supplémentaire qu'est la ligature de la veine cave inférieure.

Parallèlement à ce traitement chirurgical peut se poser le problème d'un traitement anticoagulant, nous avons certes eu recours à l'héparine mais avec un succès moindre que dans les thrombo-phlébites des membres inférieurs par exemple. Ceci n'est guère fait pour nous étonner; si les anticoagulants limitent l'extension de la thrombose et la dissémination d'embolies, ils ne peuvent par contre rien sur la dissémination microbienne que l'on observe dans les septico-pyohémies. Par ailleurs dans les thrombo-phlébites pelviennes suppurées l'extension de la thrombose se fait par un processus d'atteinte des espaces péri-veineux, comme nous l'avons déjà vu, processus contre lequel les anticoagulants sont également impuissants.

2°) Ailleurs au contraire, l'exploration attentive du petit bassin ne révèle pas le moindre signe de thrombose veineuse. A côté d'un utérus normal ou un peu gros, d'annexes normales, la palpation des pédicules veineux ne révèle pas la moindre induration.

Certes il pourrait être tentant de faire une hystérectomie accompagnée d'une ligature de la veine cave inférieure. En réalité une telle intervention parait être sans intérêt car l'expérience prouve que si le bilan clinique per-opératoire est négatif c'est que le foyer pelvien a été stérilisé par les antibictiques.

Quatre de nos observations en sont l'illustration (obs 5, 6, 7, 8). Dans ces quatre cas, la persistance de la septicémie ou plutôt du syndrome infectieux l'inefficacité du traitement antibiotique, l'existence de métastases septiques conduisirent à intervenir. Dars aucun de ces cas il ne fut possible d'objectiver de signes patents de thrombo-phlébite pelvienne; malgré la négativité des données per-opératoires, on se décide à faire une ligature de la veine cave inférieure dans un cas, une hystérectomie avec ligature de la veine cave inférieure dans un second, une hystérectomie isolée dans deux autres. Après l'intervention, l'évolution ne subit aucune modification et ce n'est que la poursuite du traitement antibiotique à doses massives qui permit de venir à bout d'embolies septiques évoluant pour leur propre compte, embolies responsables du syndrome infectieux, voire d'autres métastases.

On voit donc qu'il faut dans ces cas, où le bilan per-opératoire s'avère normal, faire confiance à la clinique. Il faut admettre que l'intervention est trop tardive et qu'il n'est guère nécessaire d'aller plus loin que la simple laparotomie exploratrice, l'exérèse ne faisant qu'extirper un foyer stérile et ne s'opposant pas à l'évolution indépendante des métastases suppurées.

L'observation n° 9 vient nous confirmer dans cette attitude ; l'échec des antibiotiques, l'apparition d'abcès pulmonaires conduisent, de crainte de laisser évoluer une thrombose pelvienne, à la laparotomie. En l'absence de lésions macroscopiquement évidentes on s'abstient de toute exérèse et de toute ligature. L'évolution ne s'en fera pas moins vers la guérison par poursuite de l'antibiothérapie.

Quoiqu'il en soit, ces observations soulignent bien la difficulté qu'il peut y avoir à trancher ce dilemne : intervenir tôt avant la survenue de métastases (sans que l'on puisse pour autant affirmer avec certitude que l'intervention soit bénéfique à coup sûr car l'on ne pêcherait alors que par excès) mais on peut être amené à hystérectomiser des femmes qui auraient peut-être pu guérir avec les seuls antibiotiques ou intervenir tard alors que peuvent déjà exister des embolies pouvant menacer la vie de la malade.

Nous estimons cependant que l'intervention trouve sa place vers le dixième jour d'un traitement médical inefficace alors que bien adaptée, l'exérèse au besoin complétée d'une ligature veineuse ne devant être faite que s'il existe une thrombo-phlébite patente.

Une de nos observations (n°8) pourrait cependant prêter à discussion ; malgré un bilan per-opératoire négatif une hystérectomie totale avec annexectomie est faite. L'examen anatomo-pathologique de la pièce révèle l'existence de thrombi. Mais il semble ici s'agir d'une thrombo-phlébite résolutive, évolution bien connue qui a été celles des thromboses guéries par le seul traitement médical et pour laquelle l'hystérectomie ne trouve aucune indication. Si l'intervention avait été retardée de quelques jours il est fort probable que l'examen histologique eut été normal ou peu s'en faut.

C/ Mais tous les cas ne sont pas aussi aisés à trancher et il est des aspects cliniques dont le diagnostic soulève des problèmes difficiles qui ne pourront parfois être résolus qu'à ventre ouvert.

Ainsi le syndrome septicémique peut paraître isolé sans signes pelviens de localisation et sans métastases; en principe l'intervention ne se trouve à priori pas justifiée dans ces cas. On peut cependant être amené à envisager une exploration pour vérifier l'atteinte ou l'intégrité des troncs veineux sachant la latence possible de la thrombose.

La persistance des manifestations cliniques ne relèvent d'ailleurs pas obligatoirement toujours de la septicémie et l'exploration chirurgicale peut ici également se trouver justifiée.

Ainsi dans l'observation n° IO il était logique de rapporter les signes cliniques à la persistance d'un foyer pelvien latent même si l'examen gynécologique ne révélait pas la moindre anomalie. La laparotomie exploratrice s'étant révélée négative, aucune exérèse, aucune ligature veineuse ne viennent compléter l'intervention. La poursuite des investigations démontre qu'il s'agit en réalité d'une intolérance à la méthicilinne ce que viendra confirmer la survenue de la guérison dès l'arrêt du traitement.

De même dans l'observation n° 11, la découverte de la désunion d'une cicatrice de césarienne antérieure conduira à réviser le diagnostic de phlébite pelvienne initialement évoqué.

La laparotomie exploratrice revêt donc à nos yeux une grande importance.

Elle doit perdre sa réputation d'acte audacieux voire même dangereux : sous le couvert d'une anesthésie et d'une réanimation de qualité, elle constitue un geste dont les risques sont devenus des plus limités. Elle doit en outre être considérée comme examen souvent essentiel dans la discussion diagnostique et constitue souvent le seul élément permettant de trancher dans le doute.

Ainsi, prélude à l'hystérectomie ou à la ligature de la veine cave inférieure lorsque les signes de phlébite pelvienne sont retrouvés, la laparotomie exploratrice permet par contre à la malade de conserver l'intégrité de son tractus génital lorsqu'un foyer pelvien ne semble pas en cause.

Il pouvait cependant paraître plus élégant de faire appel, non à la laparotomie, mais à la coelioscopie; or nous avons souligné la difficulté qu'il y a

parfois à affirmer l'existence d'une thrombose pelvienne : la seule inspection ne suffit pas toujours, la thrombose pouvant être recouverte par un ligament large d'aspect normal ou être masquée par des brides adhérentielles inflammatoires ou des masses latéro-utérines suppurées. La palpation revêt donc une importance de premier plan, objectivant l'induration veineuse, précisant le degré d'extension de celle-ci, autant de renseignements que la coelioscopie ne peut fournir.

La coelioscopie par ailleurs exige une position de Trendelenburg accentuée que l'état souvent précaire des malades ne peut toujours permettre.

Ces raisons, nous conduisant donc à préférer la laparotomie exploratrice à la coelioscopie que nous n'avons, par ailleurs, pas eu l'occasion d'utiliser dans ce domaine des septicémies d'origine génitale.

C O N C L U S I O N S

Le traitement des septicémies génitales par les antibiotiques connait des limites.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations où l'antibiothérapie a posé le problème d'une autre action thérapeutique et c'est par une sorte de retour en arrière que le traitement chirurgical a été proposé.

Celui-ci vise à l'exérèse d'un foyer pelvien inaccessible à l'antibiothérapie et qui, entretenant la septicémie, provoque à la longue des métastases septiques pouvant être mortelles.

Le risque chirurgical, autrefois très grand, parait aujourd'hui très relatif en raison des progrès de la technique et de la réanimation, ce qui peut être permet mieux que jadis de pêcher par excès plus que par défaut. L'acte chirurgical n'étant pas en lui-même mortel, peut par contre être salvateur.

Cette thèse a voulu montrer :

- quels étaient les symptômes sur lesquels on pouvait poser les indications opératoires;
- quels étaient les résultats de ces interventions.

Trois ordres d'arguments nous ont guidés dans nos décisions opératoires :

1°) La persistance de l'état septicémique après un traitement bien conduit, c'est-à-dire :

. adapté aux données de l'antibiogramme

. suffisamment intense et prolongé pour que l'on soit sûr de l'inefficacité du traitement.

C'est là l'élément essentiel dans la décision opératoire.

2°) L'existence éventuelle et à fortiori la répétition de métastases infectieuses dont certaines risquent de compromettre le pronostic vital.

3°) L'existence de signes physiques pelviens. Ils peuvent cependant être trompeurs ou totalement absents, ce qui ne saurait constituer un argument à l'encontre de l'acte chirurgical.

Ces deux derniers symptômes ne sont pas, en effet, nécessaires à la décision opératoire; leur absence ne saurait s'opposer à l'acte chirurgical.

Ces trois ordres de manifestations se groupent de diverses façons pour réaliser des tableaux cliniques variables ayant cependant en commun la persistance du syndrome septicémique.

1°) Tantôt ce syndrome persiste malgré l'antibiothérapie et s'accompagne de signes pelviens; ces manifestations correspondent en règle à l'existence d'une thrombo-phlébite pelvienne évolutive ou à des foyers suppuratifs localisés. Deux arguments pousseront encore plus à l'intervention : la notion d'intervention antérieure (césarienne) et la notion d'une anurie post-opératoire.

Il apparait alors logique de faire une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale qui supprime le foyer pelvien mais n'apporte pas toujours la guérison.

2°) Tantôt le tableau se complète de la survenue voire de la répétition d'embolies avec le risque constant de greffes septiques non surables. Ces embolies peuvent par ailleurs être isolées et responsables à elles seules du syndrome infectieux; de ce fait l'exploration chirurgicale, à titre de contrôle, nous paraît devoir trouver sa place.

Si la laparotomie exploratrice révèle une thrombose veineuse l'exérèse du foyer pelvien par hystérectomie totale s'ensuivra. Celle-ci éventuellement sera complétée par la ligature de la veine cave inférieure; on sait cependant que l'efficacité réelle de cette dernière est sujette à caution.

Si par contre l'exploration per-opératoire ne révèle aucun signe de thrombose, il est logique de s'abstenir de toute exérèse car la persistance du syndrome infectieux semble alors relever des seules métastases septiques.

3°) Tantôt enfin le syndrome septicémique est isolé. Un doute plane sur la réalité d'une thrombose pelvienne; la laparotomie revêt alors une importance de premier plan en tant qu'élément diagnostic : pratiquement dépourvue de risques, elle estbtantôt le prélude à une hystérectomie que la découverte des lésions pelviennes vient justifier mais qui n'est pas toujours couronnée de succès, tantôt au contraire elle reste isolée permettant, en l'absence de lésions de conserver l'intégrité du tractus génital.

Quels sont les résultats de la chirurgie à la lumière de nos observations ?

Dans huit de nos observations existaient des lésions pelviennes conduisant à intervenir :

- dans un cas seulement la guérison obtenue est liée directement à l'exérèse du foyer pelvien;

- dans quatre cas les échecs de la chirurgie sont indiscutables.

- dans trois cas une incertitude plane sur la réalité de son action qu'il fallut compléter par l'antibiothérapie.

Dans quatre observations par contre, aucune lésion génitale n'était retrouvée à l'examen gynécologique : une laparotomie exploratrice a été pratiquée :

- dans deux cas l'exérèse a porté sur un appareil génital en apparence normal et cette exérèse n'a pas été suivie d'effets évidents, la guérison n'intervenant qu'après poursuite de l'antibiothérapie.

- dans deux autres observations, l'absence de lésions pelviennes a fait écarter toute exérèse; la poursuite du traitement médical a amené la guérison.

On ne peut donc conclure de façon formelle sur l'intérêt réel de la chirurgie et sur le caractère bénéfique ou non de son action.

Elle se présente en tout cas comme une méthode d'exploration qui peut suppléer aux insuffisances de l'examen clinique.

Elle n'apporte pas jusqu'à présent de solution radicale au traitement des septicémies antibiorésistantes.

C'est un essai thérapeutique utilisé, faute de mieux, et dans une certaine mesure comparable à l'essai thérapeutique que représente la chirurgie dans le cancer.

Si la septicémie guérit après un acte chirurgical, cette guérison ne prouve pas toujours une relation directe de cause à effet.

Si la septicémique meurt après l'intervention, cela ne prouve pas que l'intervention soit responsable de sa mort mais prouve l'inéfficacité de la chirurgie.

La décision opératoire est donc difficile à prendre en raison des aléas de ses résultats : une telle démarche thérapeutique ne saurait donc se concevoir sans une étroite collaboration médico-chirurgicale.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. LEPAGE

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BALARD P.
Le traitement des septicémies puerpérales.
Concours Médical 61, 7 bis, 437-441, 15 février I939

BALARD P.
Le rôle de la chirurgie dans la thérapeutique de l'infection puerpérale.
Concours Médical ; 61, 18, 1194-1196;30 avril I939

BASSET A., REYMOND J.
A propos de la thérapeutique de la septicémie à perfringens post-abortum
Mémoires de l'Académie de Chirurgie 75, 7, 175-177, 23 février I949.

BIDOIRE A.
Contribution à l'étude des thrombo-phlébites pelviennes suppurées d'origine puerpérale.
Thèse Paris I939

BINGOLD E.
Die Bedeutung anwerden Bakterien als Infectionerreger septisher interner Erkrankungen. Virchover Archiven für Pathologie I921, 23

BRET A.J. et COIFFARD D.
Les infections puerpérales. Encyclopédie Médico-chirurgicale., Obstétrique 5110 A;10 mars I966.

BROUHA L.
Conception actuelle de l'infection perpérale. Congrès de la fièvre puerpérale. Strasbourg Août I923.

BRUGEROLLE L.
Indications de l'hystérectomie dans le traitement de la septicémie à perfringens post-abortum. Thèse Paris I953.

BURTHIAUIT R., GARIN J.P.,
Un cas de septicémie post-angineuse à streptocoque viridans survenue dans le post-partum. Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 13, 4, 707-713, juillet-août I96I

CAPLIER P.J.
Complications des avortements provoqués. Encyclopédie Médico-Chirurgicale Gynécologie 476, A 10;Novembre I957.

CHOME E.
Le traitement chirurgical des infections puerpérales. Leçons du Jeudi soir à la clinique Tarnier I928
113-133. Vigot Editeur.

CHOME E.
Les formes septicémiques de l'infection puerpérale et leur traitement
Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier I925. Vigot Edit.

CHOME E.
Les phlébites utéro-pelviennes puerpérales.
Leçons du Jeudi-soir à la Clinique Tarnier. I924 Vigot

COLETTE C.
Phlébite pelvienne embolisante et métrorragies du post-abortum.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. I96I; 13, 4, 471-473

COLLINS C.G.
Ligation of the vena cava and ovarian vessels; à following-up study of 59 cases.
Amer. Journ. Obs. Gyn. I949; 58, II55

COLLINS C.G., NORTON R., NELSON C., WEINSTEIN B., WEBSTER J.H.
Pelvic thrombo-phlébitis : a follow-up study of 70 cases treated with ligation o of vena cava inferior and of ovarian vessels.
Surgery I952, 31, 528

CULLEN T.S.
Surgical treatment of pelvic infections.
Surg. Gyn. Obs. I9I7, 25, I34

DANFORTH D.N.
Textbook of obstetrics and gynecology. I966 p. 85I-854 Hoeber edit. New-York.

DECOULX P., MARCHANDISE C., BEDRINE H.
Hystérectomie pour infection puerpérale à forme hémorragique.
Bull. Soc. Gyn. Obs. 28, 1, 23-25 Janvier I939.

DEROT M., LEGRAIN J.
L'insuffisance rénale aigue post-abortum.
Presse Médicale : 74, 30 I579-I584, I8 juin I966

DREYFUS J., PETER G., KUHN A.
Un cas de septicémie mortelle du post-partum.
Ann. de Chirurgie I954 : I8, 25

FUNCK-BRENTANO P.
Rapport sur une observation de Cl. Herz d'endométrite post-abortum à perfringens traitée chirurgicalement.
Gyn. et Obst. I948, 47, 5, 7I0-7I2.

FRIEDMAN E.A.
Septic abortion. In obstetrics de GRENHILL p. 587

GIRARD M.
Rôle des antibiotiques modernes dans les affections du post-partum.
Thèse Paris 1963

GOODNO J.A., CUSHNER M., MOLUMPHY P.E.
Treatment of abortion.
Amer. Journ. Obs. and Gynec. 1963, 85, 1, 16-23

GREENHILL J.P., Obstetrics. 1965, W.B. Sauders Edit. Philadelphie.

GRISLAIN J.
Les septicémies puerpérales à germes anaérobies non telluriques
Thèse Paris 1943

GRONSTEIN-LEVIN O.Z.
Thrombo-phlébites pelviennes post-abortum.
Thèse Paris 1939

GUENIN P.
Péritonite post-abortum. Septicémie à streptocoque hémolytique. Hystérectomie totale. Sulfamidothérapie intra-péritonéale. Guérison
Mémoire de l'Ac. de Chir. 1941 : 67, 30-31, 813-819

GUILHEM P., BAUX R., VOISIN R.
Renseignements fournis par la phlébographie pelvienne pour une phlébite post-abortum à début embolique.
Bull. Soc. Gyn. Obs. 1951, 3, 1, 122-123

HARTEMAN J., LARCAN A., DELLESTABLE P., COUTURIER V.
De l'attitude thérapeutique en présence de septicémies à perfringens post-abortum.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1964 : 16, 2, 180-183

HENRION R.
Les thrombo-phlébites pelviennes puerpérales.
Maternité 1965, 14, 307

HESSELTINE H., TURNER, E.
Septicemia post-abortum treated with surgery and antibiotics.
Amer. Journ. Obs. Gyn. 1957 : 64, 2, 437-439.

HOLMES O.W.
Contagiousness of puerperal fever.
New England Quaterly Journ. of Med. and Surg. April 1843

JAHIER H., WAHL P.
Pyohémie par thrombo-phlébite pelvienne suppurée. Résection des veines thrombosées. Ligature de la veine cave inférieure. Guérison.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1964 : 16, 2 176-177

JEANNIN C., CHOME E.
Le traitement chirurgical dans les formes pyohémiques de l'infection puerpérale. Mem. de l'Acad. de Med. I928, 99, I08.

JEANNIN C.
1 Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides.
Thèse Paris I902.

KNAPP R., PLATT M., DOUGLAS R.
Septic abortion : five years analysis at New-York Hospital. Amer. Journ. Obs. Gyn. I960 : 15, 344

LE LORIER G.
Place de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale. A propos d'une observation avec intervention efficace.
Bull. Acad. de Med. I940 : 123, 37-41, 668-671

LENORMANT C.
Septicémie post-abortum traitée par l'hystérectomie associée à la sulfamidothérapie.
Presse Médicale I94I : 53, 665

LEQUEUX, CHOME E.
Les phlébites utéro-pelviennes suppurées. Congrès de l'Infection puerpérale Strasbourg I923, Gyn et Obst. I923 : 8, 459.

LOFREDO V., ARVIS G.
L'aspect chirurgical des septicémies à perfringens d'origine génitale.
Gaz. Med. de France I965 : 72,21 3631-3637.

MARTENS M.
Ueber Venenunterbidung bei Pyamie. Ztsch f. Geburths und Gynäk. I931 : 99,1.

MARTINET J.D.
Indications de l'hystérectomie et choix de la voie d'abord au cours des avortements compliqués.
Thèse Paris I94I

MONDOR H.
Les avortements mortels.
Masson Edit. I935

NABSETH D.C., MORAN J.M.,
Reassessment of the role of inferior vena cava ligation in venous thromboenbolism.
New England Journal of Medicine I965 : 273, I250

NEUWIRTH R., FRIEDMAN E.
Septic abortion : changing concept of management.
Amer. Jour. Obs. Gyn. I963 : 85, 24

NEWMAN H.F.
Ligation of vena cava inferior and ovarian vessels in septic abortion.
Am. Journ. Surg. I948 : 75, 5 746-748

PERLOW S.
Venous complications during the puerperium. In obstetrics de GREENHILL op. cit. pages I079-I083

POULHES J., MONNIER J.
Septicopyohémie avec endocardite maligne post-abortum. Consolidation après hystérectomie tardive
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. I952 : 4, 3 576-577

PROUST R.
Ligature de la veine iliaque primitive pour infection puerpérale.
Soc. de Chirur. 3 mars I924

REILLY J., GRISLAIN J.R.
Le mécanisme pathogénique des phlébites infectieuses et la génèse des septicémies.
Ann. Med. I947 : 48, 2, 113-158

RIVIERE M.
Mortalité maternelle pendant la période gravido-puerpérale.
Etiologie. Statistique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Obstétrique : 5082 D IO - I963.

RIVIERE M.
Septicémie du post-abortum. Son traitement antibiotique dirigé par l'antibiogramme.
Bull. Féd. Gyn. Obs. I956 : 4, 485-496.

ROBIN M.
Hystérectomie et ligature veineuse dans le traitement de l'infection puerpérale. Thèse Paris I926.

SCHOTMULLER H.
Ueber die Verschiendenheit des Streptokoken. Munch Med. Woschsr I924: 7I, I009

SCHULTZ S.
Chirurgie und Pyamie Zbl Chir. I940 : 11, 466-475

SEIFFERT E.
Bindung der Venen in der Pyämie
Zbl Chir. I941 : 68, 22, 964-970

SEMMELWEIS I.P.
Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxie des Kinderbett-fiebers
Hartlebenedit. Wien I86I

SERMENT H.
Césarienne suivie de septico-pyohémie. Hystérectomie. Guérison.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obs. I955 : 7, I5 565-566.

SIMPSON J.Y.
Clinical lectures on the diseases of women. Black Edit. Edimburg. I872

STEVENS L.E.; KNOXFITZPATRICK W.; STEWART G.K., BURDETT W.J.
Ligation of the vena cava inferior. Arch. Surg. I965 : 90,578

STEVENSON L.
Septic abortion with or without shock. Diagnosis and treatment.
Journ. Michigan Med. Soc. I964 : 63, 37.

STEWART T.L., CYRIL C.
Advances in Obstetrics and Gynecology. William and Wilkins Edit. Baltimore I967.

TRENDELENBOURG
Bindung der Venen und Kinderbettfiebers. Münchner Med. Wochsr. I902; I9,513

VARNIER H.,
Obstétrique journalière. Steinheil Edit. Paris I900.

VIC-DUPONT, V; PREVOT, A.R; BARRAT, J.; DUVAL, P; CARTIER, F; HENNETIER G.
Sur les septicémies à Ristella pseudo-insolita et sur l'importance du traitement chirurgical. Trois observations, trois guérisons dont deux après hystérectomie et ligature de la veine cave inférieure.
Soc. Med. des Hop. de Paris I966 : II7, I, 75-85.

WATSON B.P.
Puerperal sepsis and thrombo-phlebitis. In obstetrics and Gynecology.
Curtis Vol. II I94-266. Saunders Edit. Philadelphie I933

WEIL M.H.; SCHUBIN H., BIDDLE M.
Schock caused by gram negative micro-organism.
Analysis of I69 cases.
Ann. of International Medicine I960 : 60, 3, 384-400

WILSON J.R., BEECHAM C., CARRINGTON E.
Obstetrics and Gynecology. Mosby edit. Saint Louis I966.

WORMS R.
Les septicémies d'origine utérine.
Sem. Hop. Paris I95I : 27,77 3040-3057.

WORMS R.
Les septicémies d'origine utérine.
Actualités Gynécologiques. Expansion Scientifique. Edit. Paris I954, p. 21-57

WORMS R.
L'infection staphylococcique.
Masson Edit. Paris I960

ZIELKE M.
Chirurgie und Pyämie Zbl. Chir. I940 - 67, 26, II89-II9I.

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18—93
535 : 18—62